

w sprawie: Szczegółowej procedury udzielania dofinansowania usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika dla osób niepełnosprawnych

Na podstawie art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (tj. Dz.U. z 2017 r. poz. 1868) art. 35a ust. 1 pkt 7 lit. f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015r. poz. 926), Zarząd Powiatu Myślenickiego uchwala, co następuje:

§ 1

Uchwala się Szczegółową procedurę udzielania dofinansowania w roku 2018 oraz latach kolejnych dofinansowania usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza –przewodnika dla osób niepełnosprawnych ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszej uchwały oraz wzór wniosku o dofinansowanie usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza –przewodnika dla osób niepełnosprawnych ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Myślenicach.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

STAROSTA
mgr Józef Tomal

RADCA PRAWNY
mgr Marcin Lisowski
KR-1404

Szczegółowe procedury udzielania dofinansowania usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika dla osób niepełnosprawnych ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511).
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926).

Ważne informacje:

1. Warunkiem przyznania dofinansowania jest posiadanie przez wnioskodawcę w orzeczeniu o niepełnosprawności lub orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności symbolu 03-L lub 03-L wraz z symbolem 04-O lub symboli równoważnych stosowanych we wcześniejszych orzeczeniach. W przypadku orzeczenia, w którym brak jest zapisu dotyczącego przyczyny niepełnosprawności, schorzenia te winny być potwierdzone zaświadczeniem lekarza specjalisty wystawionym na druku stanowiącym załącznik do wniosku.
2. Dofinansowanie przysługuje osobie niepełnosprawnej, która wykaże we wniosku, że usługa umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi jej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.
3. Dofinansowania udziela się na wniosek osoby niepełnosprawnej lub jej przedstawiciela ustawowego, który powinien zostać złożony do PCPR w Myślenicach wraz z dodatkową dokumentacją.
4. Wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza- przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia.
5. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON. Usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika dofinansowane ze środków PFRON może wykonywać osoba, która jest tłumaczem wpisanym w rejestrze Wojewody.

Wymagane dokumenty:

1. wniosek o dofinansowanie na usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika ze środków PFRON,
2. kopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, orzeczenia do celów rentowych lub kopię wypisu z treści orzeczenia (oryginał do wglądu),
3. zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające rodzaj schorzenia lub dysfunkcji oraz indywidualne potrzeby osoby niepełnosprawnej (ze wskazaniem, że wnioskodawca wymaga pomocy tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika),
4. dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM (Polski Język Migowy), SJM (System Językowo – Migowy), SKOGN (Sposoby Komunikowania się Osób Głuchoniewidomych) - dotyczy wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługi,
5. oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,
6. w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kserokopię zaświadczenia lub wyroku sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu),
7. w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa (oryginał do wglądu).

Termin i sposób załatwiania:

Termin złożenia wniosku – w każdym czasie danego roku.

Po złożeniu wniosku wraz z załącznikami następuje:

1. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myślenicach w terminie 10 dni od dnia złożenia wniosku informuje podmiot, który złożył wniosek, o występujących we wniosku uchybieniach, które powinny zostać usunięte w terminie 30 dni. Nieusunięcie ich w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
2. Sprawdzenie pod względem formalnym - informacja dla Wnioskodawcy o uchybieniach i konieczności ich usunięcia w terminie 30 dni,
3. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myślenicach informuje wnioskodawcę o sposobie rozpatrzenia wniosku w terminie 7 dni od dnia rozpatrzenia kompletnego wniosku.
4. Rozpatrzenie wniosku (w miarę posiadania środków),
5. Poinformowanie Wnioskodawcy o sposobie rozpatrzenia wniosku.
6. Podpisanie umowy na podstawie aktualnego kosztorysu dostosowanego do kwoty otrzymanego dofinansowania,
7. Rozliczenie wykonania umowy,



Załącznik nr 2
do Uchwały nr 1347/2018
Zarządu Powiatu Myślenickiego
z dnia 28.03.2018 roku

Data wpływu

Nr wniosku.....

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON
USŁUGI TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA - PRZEWODNIKA**

I. Dane Wnioskodawcy.

Imię i nazwisko

Imię ojca.....

PESEL

Seria i nr dowodu tożsamości

dowód wydany przez

Adres zamieszkania

Nr telefonu

II. Posiadane orzeczenie (*zaznaczyć właściwy kwadrat znakiem X).

1. Stopień niepełnosprawności*: Znaczny (I grupa)
 Umiarkowany (II grupa)
 Lekki (III grupa)

III. Rodzaj niepełnosprawności

| | |
|------------------------------------|--|
| 1. Dysfunkcja narządu słuchu, mowy | |
| 2. inne (wymienić jakie): | |

**IV. Dane opiekuna prawnego Wnioskodawcy/pełnomocnika:
(wypełnić tylko w przypadku gdy ustanowiony jest prawnie)**

Imię i nazwisko

Imię ojca.....

PESEL

Seria i nr dowodu tożsamości

dowód wydany przez

Adres zamieszkania

Nr telefonu

V. Sytuacja mieszkaniowa Wnioskodawcy – zamieszkuje :

| Wstaw „x” w odpowiedniej rubryce | | X |
|----------------------------------|------------------------------|---|
| 1. | samotnie | |
| 2. | z rodziną | |
| 3. | z osobami nie spokrewnionymi | |

osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne):

| L.p. | Imię i nazwisko | Pokrewieństwo |
|------|-----------------|---------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |

VI. Dane dotyczące przedmiotu dofinansowania :

Miejsce realizacji zadania, cel dofinansowania, uzasadnienie składanego wniosku:

.....
.....
.....
.....

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....
.....
.....

Przewidywana liczba godzin usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika:

.....

Kwota wnioskowanego dofinansowania zł (maksymalnie 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę usługi):

cyframi:

(słownie: zł)

Nazwa i adres podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika:.....
.....

Nazwa banku i nr rachunku bankowego podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika: Bank..... Oddział
.....Nr rachunku.....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016 r. Nr 0, poz. 922 z późn.zm.)

Wysokość dofinansowania usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia - Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. 2015 poz. 926)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy* / Przedstawiciela
ustawowego* /
Opiekuna prawnego* / Pełnomocnika*)

Załączniki do wniosku:

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, lub orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy lub inne orzeczenie równoważne, a w przypadku osób do lat 16 orzeczenie o niepełnosprawności (kopia, oryginał do wglądu).
2. Aktualne zaświadczenie od lekarza specjalisty, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu (zgodnie z załącznikiem)
3. Oferta na wykonanie usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika.
4. Potwierdzenie posiadania przez tłumacza języka migowego wpisu do rejestru Wojewody
5. Zaświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą za ostatni kwartał.

STAROSTA
mgr Józef Tomal

OŚWIADCZENIE

osoby niepełnosprawnej (rodzica, opiekuna prawnego dziecka niepełnosprawnego)
o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Pouczony o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art., 233§ 1 2 Kodeksu Karnego – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie*, a także świadomy celu składania zeznań, oświadczam, że wysokość dochodów na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc składania wniosku wynosi:

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, wynosi

..... zł.
(dochód za ostatni kwartał wszystkich osób mieszkających wnioskodawcą, podzielony przez 3 miesiące oraz podzielony przez liczbę osób utrzymujących się z w/w dochodu)

| Lp. | Data urodzenia | Stopień pokrewieństwa | Źródło dochodu | Wysokość dochodu za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku |
|-----|----------------|-----------------------|----------------|--|
| | | WNIOSKODAWCA | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Myślenice, dnia

.....
Podpis składającego oświadczenie

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

**Zaświadczenia lekarskie
dla potrzeb dofinansowania usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika
dla osób niepełnosprawnych
(należy wypełnić w języku polskim)**

Imię i nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji

- Słuchu

- Mowy

- Inne (jakie)

.....
.....
.....

Uzasadnienie korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika:

.....
.....
.....

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

*** zaświadczenie winno być wystawione przez lekarza specjalistę**