

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.

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**