

.....  
numer sprawy

.....  
data wpływu wniosku do PCPR

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków PFRON usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika

**Uwaga: przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z zasadami i procedurami dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

#### A. Dane osoby niepełnosprawnej

##### I. Dane osobowe

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania (z kodem pocztowym) .....

PESEL.....

Dowód osobisty: seria ..... numer..... data wydania.....

wydany przez .....

numer telefonu/faxu .....

##### II. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik *(należy wstawić X we właściwej rubryce)*

1	znaczny	
	inwalida I grupy	
	osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji	
	osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2	umiarkowany	
	inwalida II grupy	
	osoba całkowicie niezdolna do pracy	
3	lekki	
	inwalida III grupy	
	osoba częściowo niezdolna do pracy	
	osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym	

##### III. Rodzaj niepełnosprawności *(należy wstawić X we właściwej rubryce)*

dysfunkcja słuchu	
dysfunkcja mowy	
dysfunkcja wzroku	
inny, jaki?	

**IV. Informacja o wcześniejszym korzystaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Cel dofinansowania (nazwa zadania lub programu oraz przedmiot dofinansowania)	Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Przyznana kwota	Stan rozliczenia

**B. Dane opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania ( z kodem pocztowym).....

.....

PESEL.....

Dowód osobisty: seria ..... numer..... data wydania.....

wydany przez .....

numer telefonu/faxu (z nr. kier.) .....ustanowiony opiekunem / pełnomocnikiem:

- postanowieniem Sądu z dnia .....sygn. akt .....

- na mocy pełnomocnictwa z dnia ..... repertorium nr. ....

**C. Przedmiot dofinansowania**

**I. Przedmiot dofinansowania (rodzaj usługi)**

- usługa tłumacza języka migowego – metoda komunikowania się : PJM, SJM
- usługa tłumacza – przewodnika – metoda komunikowania się - SKOGN

**II. Cel dofinansowania** .....

.....

.....

**III. Miejsce realizacji zadania** .....

.....

.....

IV. Termin rozpoczęcia realizacji zadania .....

Przewidywany czas realizacji zadania .....

V. Przewidywany koszt realizacji zadania

Liczba godzin	Koszt świadczenia za 1 godzinę usługi (brutto)	Przewidywany całkowity koszt świadczenia usługi (brutto)

VI. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON .....zł

słownie: .....zł.

**Uwagi:**

**Wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika nie może być wyższa niż 2 % przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.**

**D. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną**

Ja niżej podpisany(a).....zamieszkały(a)

oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Imię	Nazwisko	Wiek	Pokrewieństwo z osobą niepełnosprawną	Średni dochód miesięczny <sup>1</sup>
			osoba niepełnosprawna	
<b>RAZEM</b>				

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc składania wniosku, wynosi<sup>2</sup>: .....zł,  
słownie: .....zł.

<sup>1</sup> Jest to średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

<sup>2</sup> Sumę dochodów ustaloną w tabeli należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym



i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne;

9. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. *Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych*), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

**Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże w przypadku nie udzielenia zgody na ich przetwarzanie nie będzie mogła/mógł Pani/Pan realizować swoich praw wynikających z trybu postępowania przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika.**

**Oświadczam, że zrozumiałem wszystkie informacje wyżej podane i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w treści niniejszego wniosku oraz w zakresie niezbędnych potrzeb wynikających z trybu postępowania przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika.**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
podpis Wnioskodawcy / opiekuna prawnego/  
pełnomocnika

#### **Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub równoważnego) - oryginał do wglądu
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie na załączonym druku – ważne 30 dni od dnia wystawienia, czytelne, w języku polskim
3. Dowód osobisty Wnioskodawcy / opiekuna prawnego / pełnomocnika - do wglądu
4. Kopia postanowienia sądu lub kopia zaświadczenia o ustanowieniu opiekunem prawnym osoby ubezwłasnowolnionej - oryginał do wglądu
5. Kopia pełnomocnictwa w przypadku wyznaczenia pełnomocnika - oryginał do wglądu

Do wniosku mogą zostać dołączone również dokumenty wyżej nie wymienione, a mogące mieć wpływ na rozpatrzenie wniosku

## OCENA I SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKU – WYPEŁNIA PCPR

### OCENA WNIOSKU

---

1. Złożono kompletny wniosek: TAK / NIE -  
braki we wniosku oraz załącznikach.....  
.....  
.....  
data uzupełnienia braków.....  
Wniosek został uzupełniony w terminie: TAK / NIE
  
2. Wnioskodawca ma zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:  
NIE / TAK -  
jakie?.....  
.....
  
3. Wnioskodawca był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy  
o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie  
Wnioskodawcy: NIE / TAK -  
jakiej? (numer, data zawarcia i strona umowy) .....  
.....  
.....
  
4. Wniosek spełnia wymogi formalne: TAK / NIE –  
jakie?.....  
.....

.....  
data i podpis pracownika PCPR

### SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKU

---

Data rozpatrzenia wniosku .....

Sposób rozpatrzenia wniosku.....

Wysokość przyznanego dofinansowania.....

Zakres objęty dofinansowaniem.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Podpisy członków komisji

.....  
data i podpis Dyrektora PCPR

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

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

do potrzeb ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#### **Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

Dysfunkcja wzroku - jaka? .....

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

Dysfunkcja słuchu – jaka? .....

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

Dysfunkcja mowy – jaka? .....

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

Inna dysfunkcja, jaka? .....

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

**Uzasadnienie celowości dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza –  
przewodnika - osoba komunikuje się z otoczeniem za pomocą:**

- PJM (polski język migowy)
- SJM (system językowo – migowy)
- SKOGN (sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych)

.....  
miejsowość i data

.....  
pieczęćka i podpis lekarza