

.....
(nr akt i data wpływu wniosku)

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika*

1. Wnioskodawca

Imię i nazwisko Wnioskodawcy.....
seria nr dowodu osobistego wydanego dnia przez
..... PESEL
Adres zamieszkania: 21-500 Biała Podlaska, ul.
województwo lubelskie
Telefon kontaktowy:

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

..... syn / córka
imię (imiona) i nazwisko imię ojca
seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty
nr PESEL
miejscowość ulica nr domu nr lokalu
adres stałego zameldowania
nr kodu poczta powiat
województwo nr tel. / faxu
ustanowiony Opiekunem* / Pełnomocnikiem*
* postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt
* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
z dnia repet. Nr
* niepotrzebne skreślić

2. Informacje o Wnioskodawcy (proszę we właściwej rubryce wpisać „x”)

1) Stopień niepełnosprawności potwierdzony orzeczeniem:

1.	znaczny / inwalida I grupy / osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji	
2.	umiarkowany / inwalida II grupy / osoba całkowicie niezdolna do pracy	
3.	lekki / inwalida III grupy / osoba częściowo niezdolna do pracy	
4.	osoba w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności	
5.	osoba o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 01.01.1998 r.	

2) Rodzaj niepełnosprawności

1.	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim;	
2.	wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
3.	inna dysfunkcja narządu ruchu	
4.	dysfunkcja narządu wzroku	

5.	dysfunkcja narządu słuchu	
6.	dysfunkcja narządu mowy	
7.	deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
8.	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
9.	inny (jaki?)	

3) Sytuacja zawodowa

1.	pracujący	
2.	zatrudniony prowadzący działalność gospodarczą	
3.	osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
4.	bezrobotny poszukujący pracy /rencista poszukujący pracy	
5.	emeryt / rencista nie zainteresowany podjęciem pracy	
6.	dzieci i młodzież do lat 18	

3. Przedmiot dofinansowania – wnioskuje o dofinansowania do:

a) Tłumacza języka migowego

b) Tłumacza – przewodnika

*właściwe zaznaczyć

4. Informacja o rodzaju i charakterze planowanych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika:

1. Cel i miejsce wykonania usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika (uzasadnienie wniosku)

.....

.....

.....

2. Planowana ilość godzin usług tłumacza języka migowego lub przewodnika-tłumacza, która ma być objęta dofinansowaniem w poszczególnych miesiącach:

styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień

3. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania, wykonania usługi

.....

.....

.....

4. Przewidywany koszt jednej godziny usługi tłumacza języka migowego /przewodnika.....zł

5. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON.....zł

(słownie.....)

Zostałem/am poinformowany/a, że wysokość dofinansowania usług tłumacza migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia.

6. Dane tłumacza:

Imię i nazwisko:..... NR NIP

Nr wpisu do rejestru tłumaczy polskiego języka migowego (PJM), systemu językowo-migowego (SJM) i sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN):
.....

7. Sposób realizacji dofinansowania (przelew na konto wnioskodawcy/konto tłumacza)*:

Nazwa banku:,
numer rachunku bankowego:

* niepotrzebne skreślić

8. Korzystanie ze środków finansowych PFRON

Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu celowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

9. Oświadczenie wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają niżej wymienione osoby:

Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	wiek	Dochód osiągnięty w kwartale roku
	niepełnosprawny		

Oświadczam, że:

- średni miesięczny dochód przypadający na jedną osobę we wspólnym gospodarstwie domowym wyniósł: zł (słownie zł:),
- nie mam zaległości wobec Funduszu,
- w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/łam stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałem/łam dofinansowania do**ze środków Funduszu,
- wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych MOPS w Białej Podlaskiej, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 96 i Nr 153, poz. 1271 z późn. zm.).

*** średni miesięczny dochód:** dochód pomniejszony o obciążenie na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku).

Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1,2 oraz art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
miejsowość, data

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

Załączniki do wniosku:

	Nazwa załącznika	Informacja jednostki przyjmującej wniosek
1.	Kopia aktualnego orzeczenia, potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu)	
2.	Dokumenty potwierdzające osiągnięte dochody za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	
3.	Zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności uzasadniające realizację wnioskowanego zadania wystawione w języku polskim i czytelnie (zgodnie z załącznikiem)	
4.	Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego.	
5.	Dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy	

Adnotacje przyjmującego wniosek (wypełnia MOPS)

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

I. Ocena zasadności wniosku

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

.....
(podpis)

II. Ustalone warunki umowy

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

.....
(podpis)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
(podpis)

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
W CELU DOFINANSOWANIA USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO
LUB USŁUG TŁUMACZA PRZEWODNIKA***

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

Posiada schorzenia lub dysfunkcje:

- słuchu
- mowy
- inne

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

Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika

- Nie
- Tak – uzasadnienie:

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* zaświadczenie winno być wystawione przez lekarza specjalistę.

