

Nr w rejestrze:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
ul. Łędzińska 24  
43-140 Łędziny

Data wpływu wniosku

## W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
usług tłumacza migowego lub tłumacza – przewodnika

### **DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY (w tym DZIECKA / PODOPIECZNEGO)**

IMIĘ..... NAZWISKO .....

DATA URODZENIA ..... PESEL

TELEFON ..... e-mail: .....@.....

### **MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES):**

MIEJSCOWOŚĆ ..... KOD POCZTOWY   -

ULICA ..... NR DOMU ..... NR MIESZKANIA .....

POWIAT: ..... WOJEWÓDZTWO: .....

### **ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania):**

MIEJSCOWOŚĆ ..... KOD POCZTOWY   -

ULICA ..... NR DOMU ..... NR MIESZKANIA ..... WOJEWÓDZTWO: .....

### **DANE RODZICA\*/OPIEKUNA PRAWNEGO\*/PEŁNOMOCNIKA /\*niepotrzebne skreślić/**

IMIĘ..... NAZWISKO .....

DATA URODZENIA ..... PESEL

TELEFON ..... e-mail: .....@.....

### **MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES):**

MIEJSCOWOŚĆ..... KOD POCZTOWY   -

ULICA ..... NR DOMU ..... NR MIESZKANIA .....

POWIAT: ..... WOJEWÓDZTWO: .....

**1. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik** /Należy wstawić X we właściwej rubryce/

I grupa inwalidów	Znaczny stopień niepełnosprawności	Całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji	
		Stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym z przysługującym zasiłkiem pielęgnacyjnym	
II grupa inwalidów	Umiarkowany stopień niepełnosprawności	Całkowita niezdolność do pracy	
III grupa inwalidów	Lekki stopień niepełnosprawności	Częściowa niezdolność do pracy	
		Stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym	
Osoba w wieku do 16 lat zaliczane od osób niepełnosprawnych			

**Dokument potwierdzający niepełnosprawność Wnioskodawcy jest ważny** /Należy wstawić X we właściwej rubryce/

okresowo do .....

na stałe

**2. Rodzaj niepełnosprawności** /Należy wstawić X we właściwej rubryce/

1)	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim		
2)	osoba poruszająca się o kulach lub przy pomocy balkonika		
3)	inna dysfunkcja narządu ruchu		
4)	dysfunkcja narządu wzroku:	- osoba niewidoma	
		- osoba niedowidząca	
5)	dysfunkcja narządu słuchu:	- osoba niesłysząca	
		- osoba niedosłysząca	
6)	dysfunkcja narządu mowy		
7)	deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)		
8)	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia		

**3. Oświadczenie o wysokości dochodów**

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym

		Średni miesięczny dochód netto
Wnioskodawca: .....		
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą</b> : /należy wypełnić jeżeli dotyczy/		X
1)		
2)		
3)		
4)		
RAZEM		

Oświadczam, że przeciętny **miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**, wynosił ..... zł



**11. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków PFRON z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty dofinansowania oraz stanu rozliczenia**

Lp.	Numer i data zawarcia umowy	Cel umowy (nazwa zadania i/lub programu ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	Data przyznanego dofinansowania	Kwota przyznanego dofinansowania [zł]	Stan rozliczenia i data rozliczenia
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>					

<b>Czy Wnioskodawca w ciągu 3 ostatnich lat był stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON i umowa ta została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy? /Należy wstawić X we właściwej rubryce/</b>	<b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązanie* wobec PFRON?</b> <i>/Należy wstawić X we właściwej rubryce/</i>
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Uwaga: Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął, a które nie zostało przedawnione lub umorzone.

**Oświadczam, że:**

- 1) Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
- 2) Zobowiązuję się w ciągu 14 dni poinformować Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, mających wpływ na sposób jego rozpatrzenia.
- 3) Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem oraz otrzymaniem dofinansowania ze środków PFRON.
- 4) Posiadam środki własne na pokrycie wkładu własnego będącego uzupełnieniem dofinansowania.
- 5) Przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
- 6) Przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych na dofinansowanie świadczenia usługi przez tłumacza polskiego języka migowego (PJM), systemu językowo-migowego (SJM) i sposobów komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN) w organach administracji publicznej, o których mowa w art. 5 §2 pkt 3 aktualnie obowiązującej ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - *Kodeks postępowania administracyjnego*.
- 7) Przyjmuję do wiadomości, że wysokość dofinansowania usług tłumacza migowego lub tłumacza przewodnika nie może być wyższa niż 2 % przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia.

***W przypadku gdy, PCPR w Łędzinach poweźmie wątpliwość odnośnie do podanych we wniosku danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, może wezwać wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.***

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego)

Stwierdzam własnoręcznie podpisu:

.....  
*(podpis potwierdzającego własnoręcznie podpisu)*

*Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego)*

/podpis składa osoba, w obecności której Wnioskodawca lub przedstawiciel ustawowy samodzielnie nie może podpisać Wniosku/

## 12. Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej RODO, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, 43-140 Łędziny, ul. Łędzińska 24 informuje, iż:

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji ustawowych i statutowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie. Przedstawione poniżej informacje przekazujemy aby było wiadomo kto i w jaki sposób przetwarza Pani/Pana dane osobowe.

1. Administratorem Pani/Pana danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie 43-140 Łędziny, ul. Łędzińska 24 , reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
2. Powołałiśmy Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym może się Pani/Pan skontaktować pisząc na adres e-mail: [iod@powiatbl.pl](mailto:iod@powiatbl.pl) , tel. 32 226 91 74.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych i statutowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).
4. Posiada Pani/Pan prawo do dostępu do swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, żądania ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
5. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
7. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji zadań jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa.

## Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z powyższą klauzulą informacyjną RODO

.....  
*(miejsowość, data)*

.....  
*(podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego)*

Stwierdzam własnoręcznie podpisu:

.....  
*(podpis potwierdzającego własnoręcznie podpisu)*

*Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego)*

/podpis składa osoba, w obecności której Wnioskodawca lub przedstawiciel ustawowy samodzielnie nie może podpisać Wniosku/

## 13. Wymagane załączniki do wniosku:

Lp.	Rodzaj dokumentu	Dołączono do wniosku	
		Tak	Nie
1)	Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, osoby do 16 r.ż orzeczenia o niepełnosprawności.		
2)	Zaświadczenie lekarza specjalisty o stanie zdrowia – zgodnie z wzorem stanowiącym integralną część wniosku.		
3)	Oferta na wykonanie usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika.		
4)	Dokument potwierdzający posiadania przez tłumacza języka migowego wpisu do rejestru Wojewody.		

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
ul. Lędzińska 24; 43-140 Lędziny  
celem przyznania dofinansowania ze środków PFRON usług tłumacza migowego  
lub tłumacza - przewodnika  
(prosimy wypełnić czytelnie)

**Imię i Nazwisko pacjenta** .....

PESEL

**Adres zamieszkania pacjenta** .....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)**

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

**2. Stwierdzam potrzebę korzystania z usługi: tłumacza języka migowego lub usługi tłumacza – przewodnika**

/Należy wstawić X we właściwej rubryce/

<input type="checkbox"/> Usługa tłumacza migowego	<input type="checkbox"/> Usługa tłumacza - przewodnika
<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE
Uzasadnienie*	Uzasadnienie*

.....  
Data

.....  
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty  
wystawiającego zaświadczenie)