PCPR.IX……..
numer wniosku

.....……..……
Datownik

W N I O S E K
o dofinansowanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika

1. Wnioskodawca

Imię i nazwisko	…….…….……
PESEL	…….…….…
Miejsce zamieszkania	ul. ……nr…….....…… kod pocztowy …… -……, miejscowość……..……...
Data urodzenia	……...
Seria i numer dowodu osobistego	…….wydany przez……. ważny do dnia……...

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 ..... nr NIP .....
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. Przedmiot dofinansowania/ilość godzin…….....
należy podać rodzaj usługi/ ilość godzin

.....

3. Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód (pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne nie zaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne), podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi: ..... złotych. Razem ze mną, we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby, które uzyskują podane niżej dochody :

Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Stopień niepełnosp.	Rodzaj niepełnosp.	Dochód miesięczny (złotych)
	WNIOSKODAWCA			
			Razem	

4. Informacje o Wnioskodawcy *(proszę we właściwej rubryce zaznaczyć „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	

5. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania, uzasadnienie składanego wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Przewidywany koszt realizacji zadania:

1/ przewidywany koszt usługi jednej godziny tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika

.....zł. (słownie:.....)

2/ przewidywana łączna liczba godzin usług tłumacza języka migowego lub tłumacza

przewodnika.....

7. Termin rozpoczęcia zadania: .....,

przewidywany czas realizacji zadania: .....

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

……

……..……

9. 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:	

10. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:

....., słownie: .....

.....

(wysokość dofinansowania usług tłumacza migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2 % przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia).
Dofinansowanie nie może obejmować kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

OŚWIADCZAM:

Posiadam/nie posiadam zaległości wobec PFRON lub w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku wnioskodawca był/nie był stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku i w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu w terminie 14 dni.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz.926 z późn. zm.)

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

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia 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 (oryginał do wglądu)
2. Dowód osobisty (do wglądu)
3. zaświadczenie lekarza potwierdzające rodzaj schorzenia lub dysfunkcji oraz indywidualne potrzeby osoby niepełnosprawnej (ze wskazaniem, że wnioskodawca wymaga pomocy tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika)
4. Udokumentowana wysokość dochodów wnioskodawcy i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą (zaświadczeniem o zarobkach z zakładu pracy, odcinkiem od renty, zaświadczeniem z Urzędu Gminy o dochodowości w przypadku posiadania gospodarstwa rolnego, zaświadczenie z PUP w przypadku osób bezrobotnych, w przypadku pobierania świadczeń z GOPS kserokopie Decyzji, itp./
5. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
6. Oryginał aktualnego zaświadczenia ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki, w przypadku osoby niepełnosprawnej uczącej się i niepracującej w wieku 16-24 lat.
7. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego,
8. Oferta cenowa na usługi tłumacza języka migowego /tłumacza - przewodnika
9. Dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM (Polski Język Migowy), SJM (System Językowo – Migowy), SKOGN (Sposoby Komunikowania się Osób Głuchoniewidomych) - dotyczy tłumaczy, którzy mają świadczyć usługę.

* - niepotrzebne skreślić