Data wpływu:
Nr sprawy:

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	**Do uzupełnienia**
Wnioskodawca składa wniosek:	
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	□ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie □ do rozliczenia dofinansowania □ do zawarcia umowy □ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku □ do złożenia wniosku □ inne

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	**Do uzupełnienia**
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	□ mężczyzna □ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	□ miasto □ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

□ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	

Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	□ mężczyzna □ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO	
Nazwa pola	**Do uzupełnienia**
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	□ miasto □ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
Nazwa pola	**Do uzupełnienia**
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	□ tak □ nie
Stopień niepełnosprawności:	□ Znaczny □ Umiarkowany □ Lekki □ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	□ bezterminowo □ okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	□ I grupa □ II grupa □ III grupa □ nie dotyczy

Niezdolność:	□ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji □ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny □ Osoby całkowicie niezdolne do pracy □ Osoby częściowo niezdolne do pracy □ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym □ Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	□ 01-U – upośledzenie umysłowe □ 02-P – choroby psychiczne □ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu □ osoba głucha □ osoba głuchoniema □ 04-O – narząd wzroku □ osoba niewidoma □ osoba głuchoniewidoma □ 05-R – narząd ruchu □ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego □ dysfunkcja obu kończyn górnych □ 06-E – epilepsja □ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia □ 08-T – choroby układu pokarmowego □ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego □ 10-N – choroby neurologiczne □ 11-I – inne □ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	□ tak □ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	□ 2 przyczyny □ 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

□ indywidualne □ wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Ze środków finansowych PFRON:
□ nie korzystałem
□ korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON				
Cel dofinansowania	**Nr umowy**	**Data zawarcia umowy**	**Kwota do-finanso-wania**	**Stan rozliczenia**

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. CEL DOFINANSOWANIA	
Nazwa pola	**Do uzupełnienia**
Rodzaj dofinansowania:	
Cel dofinansowania:	

II. KOSZTY REALIZACJI	
Nazwa pola	**Do uzupełnienia**
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Liczba godzin:	
Cena za godzinę:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	

Wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia (informacja dostępna na stronach GUS).

III. MIEJSCE I CZAS REALIZACJI ZADANIA	
Nazwa pola	**Do uzupełnienia**
Miejsce realizacji:	

Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

IV. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

□ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta:	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

□ W kasie lub przekazem pocztowym

□ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

SYTUACJA ZAWODOWA

□ Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
□ Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
□ Bezrobotny poszukujący pracy
□ Rencista poszukujący pracy
□ Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
□ Dzieci i młodzież do lat 18
□ Inne / jakie?
……...

OŚWIADCZENIE

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Miejscowość	*Data*	*Podpis Wnioskodawcy*

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU	
Lp.	**Plik**
	1. Kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność 2. Aktualne zaświadczenie od lekarza specjalisty, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu- zał. nr 1 do wniosku 3. Oferta na wykonanie usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika 4. Potwierdzenie posiadania przez tłumacza języka migowego wpisu do rejestru Wojewody 5. Klauzula informacyjna – zał. nr 2 do wniosku

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU	
Lp.	**Plik**

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE
Lista

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Nazwa pola	Wartość
Imię i nazwisko:	
Zamieszkały/zamieszkała:	
PESEL:	
Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje:	□ słuchu □ mowy □ inne (jakie) …….....
Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika:	□ nie □ tak – uzasadnienie: ……...

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

1. **Administrator danych osobowych**
   Administratorem Państwa danych osobowych jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu z siedzibą przy pl. Świętego Józefa 5 w Kaliszu.
2. **Inspektor ochrony danych**
   Kontakt z inspektorem ochrony danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu jest możliwy pod nr tel. 62 50 14 207.
3. **Cele przetwarzania danych**
   Państwa dane osobowe przetwarzane będę w celu przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacyjnego Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego/ tłumacza przewodnika.
4. **Podstawa prawna przetwarzania danych**
   Podstawą do przetwarzania Państwa danych jest realizacja obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. a oraz c RODO), także w przypadku danych szczególnych kategorii danych, np. dane dotyczące zdrowia (art. 9 ust. 2 lit. a oraz b RODO) oraz ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
5. **Odbiorcy danych**
   Odbiorcami Państwa danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, w tym PFRON.
   Okres przechowywania danych
   Państwa dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w oparciu o jednolity rzeczowy wykaz akt obowiązujący w jednostce, nie krócej niż 10 lat.
6. **Państwa prawa:**
   a) prawo dostępu do treści swoich danych;
   b) prawo do sprostowania i uzupełnienia danych;
   c) w przypadku przetwarzania na podstawie zgody – prawo do jej cofnięcia;
   d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
   e) prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
   f) w szczególnych przypadkach prawo do usunięcia danych;
   g) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, infolinia: 606 950 000), gdy uznają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.

   Prawo dostępu do danych, sprostowania i uzupełnienia oraz ograniczenia przetwarzania podlegają ograniczeniu po przekazaniu akt zawierających dane osobowe do archiwum zakładowego, na mocy art. 22b ust. 4 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
   Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości skorzystania z dofinansowania.

Oświadczenie

ja …… zamieszkały/a …….
(imię i nazwisko) (adres)

oświadczam, że jestem wykluczony/a cyfrowo z powodu

□ braku dostępu do sprzętu komputerowego
□ braku dostępu do łącza internetowego
□ umiejętności korzystania z technologii cyfrowych
□ możliwości korzystania z usług i zasobów on- line

a tym samym braku możliwości złożenia wniosku w formie elektronicznej w systemie obsługi wsparcia SOW.

Dane powyższe podałem/am zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

…….. dnia ……r. …….
(podpis)