

Data wpływu
(wypełnia PCPR)

WNIOSEK
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
USŁUGI TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA-PRZEWODNIKA

DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data urodzenia PESEL

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu

przez ważny do.....

Numer telefonu

Nazwa banku i numer rachunku bankowego

POSIADANE ORZECZENIE (właściwe zaznaczyć)

a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III

c) o całkowitej o częściowej niezdolności do pracy

o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym o niezdolności do samodzielnej egzystencji

d) o niepełnosprawności osoby do 16-go roku życia

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (dla małoletniego Wnioskodawcy), OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK

Imię i nazwiskosyn/córka.....

Adres zamieszkania

Data urodzenia PESEL

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu

przez ważny do.....

Numer telefonu

Ustanowiony Opiekunem / Pełnomocnikiem

• postanowieniem Sądu Rejonowego
z dnia sygn. akt

• na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
z dnia repet. nr

Nazwa banku i numer rachunku bankowego

Przedmiot dofinansowania (rodzaj usługi)

- usługi tłumacza języka migowego
- usługi tłumacza – przewodnika

Miejsce realizacji zadania

Cel dofinansowania (należy uzasadnić z jakiego powodu i w jakich sytuacjach usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika są konieczne)

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

Przewidywany koszt realizacji zadania

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji (należy wpisać przewidywany termin rozpoczęcia usługi i czas trwania realizacji określony w godzinach)

.....

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON

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

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON			Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania

OŚWIADCZENIA

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.
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Oświadczam, że w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku byłam(em) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:

tak nie *(zaznaczyć właściwe)*

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny, iż dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania, poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.

.....
miejsce, data

.....
podpis Wnioskodawcy lub osoby
uprawnionej

Wymagane załączniki		WYPEŁNIA PCPR		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia/uwagi
1.	Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub innego orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu), dowód osobisty osoby niepełnosprawnej do wglądu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Zaświadczenie lekarza, zawierające rodzaj schorzenia oraz uzasadnienie stwierdzające potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	W przypadku reprezentowania osoby niepełnoletniej – dowód osobisty przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego do wglądu oraz kopia dokumentu potwierdzającego prawo do reprezentowania osoby niepełnoletniej (np. skrócony akt urodzenia dziecka, postanowienie Sądu o ustanowieniu opieki prawnej).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	W przypadku reprezentowania osoby dorosłej – dowód osobisty opiekuna lub pełnomocnika do wglądu oraz kserokopia postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kserokopia pełnomocnictwa notarialnego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kosztorys usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	