

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków PFERON usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

Adres zamieszkania

- miejscowość:

ulica Nr domu

Nr telefonu

2. PESEL

3. Przedmiot dofinansowania:

- dofinansowanie usługi tłumacza języka migowego* ilość godzin
- tłumacza-przewodnika* ilość godzin

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

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 (*zgodnie z przypisem nr1*)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

5. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

.....
.....

6. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania (krótkie uzasadnienie):

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

7. Przewidywany koszt realizacji zadania:

.....

.....

8. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....

.....

9. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków Funduszu:

Czy Wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie PFRON				TAK / NIE*
Nr zawartej umowy	Kwota	Cel	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia
Razem:		Razem kwota rozliczona		

10. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu:

.....

.....

11. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika:

.....syn/córka.....

(imię i nazwisko)

(imię ojca)

Seria i nr dowodu osobistego.....wydany w dniu

Przez.....

Nr PESEL.....

Miejscowość.....ulica.....

nr domu..... nr lokalu..... Nr kodu poczta

Nr telefonu kontaktowego

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem* dla

(postanowieniem Sądu z dniasygn. akt*...../ na mocy

pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*.....

z dn. repet. nr

12. Oświadczenia:

- ✓ Nie posiadam zaległości wobec Funduszu oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/byłam stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- ✓ Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich dla celów tej jednostki zgodnie z Rozporządzeniem 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 (zwane dalej RODO) i przepisami krajowymi z zakresu ochrony danych osobowych.
- ✓ Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1600, z późn. zm.) oświadczam, iż dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem. „Art. 233.

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.”

- ✓ O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich niezwłocznie od zaistniałej zmiany,
- ✓ Przyjmuje do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu,
- ✓ Zostałem/łam poinformowany/na, że wysokość dofinansowania usług tłumacza migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2 % przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia.

.....
(podpis wnioskodawcy lub opiekuna
prawnego/pełnomocnika/przedstawiciela
ustawowego osoby niepełnosprawnej)

Do wniosku załączam:

1. Kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 511 z późn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r.,
2. Zaświadczenie lekarza potwierdzające, że wnioskodawca wymaga pomocy tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika (druk w załączeniu),
3. Kosztorys przedmiotu dofinansowania,
4. W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio kopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustaleniu opiekuna prawnego,
5. Inną dokumentację mającą wpływ na wniosek i świadczącą na korzyść wnioskodawcy.

Przypis nr 1

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się między innymi:

- 1) świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych;
- 2) świadczeń pomocy materialnej dla uczniów, studentów, uczestników studiów doktoranckich i osób uczestniczących w innych formach kształcenia, pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz ze środków własnych szkół i uczelni – przyznanych na podstawie przepisów o systemie oświaty, Prawo o szkolnictwie wyższym, a także przepisów o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.

Szczegółowe zasady ustalania dochodu zostały określone w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018r., poz. 1600, z późn. zm.) Zgodnie z tym artykułem – dochód to: po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób, min. przychody podlegające opodatkowaniu (...), pomniejszone koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy, składki na ubezpieczenia społeczne oraz składnika ubezpieczenie zdrowotne.

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

....., dnia 20..... r.
(miejscowość)

Zaświadczenie lekarza

Potwierdzam, że osoba:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

**wymaga pomocy tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika, gdyż jest to
uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.**

Uzasadnienie

Podać rodzaj schorzenia lub dysfunkcji

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

**Zaświadczenie wydawane jest na prośbę pacjenta, celem przedłożenia w Powiatowym Centrum
Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich.**

.....
(pieczęć i podpis lekarza)