



Data wpływu wniosku:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Nr wniosku: **536.1.**

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:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego, gdy osoba ta nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych <input type="checkbox"/> jako pełnomocnik
Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

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

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy

<p>Niezdolność:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<p>Rodzaj niepełnosprawności (potwierdzony w posiadany orzeczeniu dot. niepełnosprawności):</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

<p>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:</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny</p>

ŚREDNI MIESIĘCZNY DOCHÓD NETTO NA OSOBE

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe: indywidualne wspólne

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi:

.....zł

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: dofinansowanie zaopatrzenia w 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 dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. CEL DOFINANSOWANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Rodzaj dofinansowania:	
Cel dofinansowania:	

KOSZTY REALIZACJI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Liczba godzin:	
Cena za godzinę:	
Kwota 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.

MIEJSCE I CZAS REALIZACJI ZADANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejsce realizacji:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego	
[][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][][]	

- W kasie (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
 Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

III. 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?.....

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. nie mam zaległości wobec PFRON
2. w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku nie byłem/em stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
3. w przypadku przyznania dofinansowania zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy całkowitym kosztem usługi pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uprowadzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1. Kodeksu karnego: 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.

Oświadczam, że wszystkie dane podane we wniosku o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON są zgodne z prawdą i że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

O zmianach zaistniałych po złożeniu niniejszego wniosku, mających wpływ na jego realizację, zobowiązuję się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim w terminie 14 dni.

Dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego dalej RODO) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana/dziecka/podopiecznego danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim, ul. Grunwaldzka 3, adres e-mail: sekretariat@pcprnml.pl, tel. 56 474 31 96.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim jest możliwy poprzez adres e-mail: iod@pcprnml.pl lub tel. 56 474 31 96.
3. Pani/Pana/dziecka/podopiecznego dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c RODO oraz zadań

określonych w Ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym w ust. 3 Pani/Pana/dziecka/podopiecznego dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. Pani/Pana/dziecka/podopiecznego dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w ust. 3 celu przetwarzania, nie krótszy niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora Pani/Pana/dziecka/podopiecznego danych osobowych przysługuje Pani/Panu:
 - 1) prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO,
 - 2) prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO,
 - 3) prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 RODO,
 - 4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO,
 - 5) prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 RODO,
 - 6) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, na podstawie art. 21 RODO,
 - 7) w przypadku, jeśli przetwarzanie Pani/Pana/dziecka/podopiecznego danych osobowych odbywa się na podstawie zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Przysługuje Pani/Panu/dziecku/podopiecznemu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych, danych osobowych dziecka/podopiecznego jest warunkiem prowadzenia Pani/Pana/dziecka/podopiecznego sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim i jest:
 - 1) obowiązkowe, jeżeli zostało to określone w przepisach prawa, konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości prowadzenia sprawy,
 - 2) dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody,
 - 3) podanie numeru telefonu jest dobrowolne i wykorzystane będzie jedynie w celu kontaktu z Panią/Panem w sprawach związanych z realizacją złożonego wniosku.
9. Pani/Pana/dziecka/podopiecznego dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
10. Administrator danych nie będzie przekazywać Pani/Pana/dziecka/podopiecznego danych osobowych do państwa trzeciego oraz organizacji międzynarodowej.

Prawdziwość przedstawionych we wniosku danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data	Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	Orzeczenie
2.	Zaświadczenie wystawione przez lekarza specjalistę
3.	Oferta ze sklepu o koszcie przedmiotu dofinansowania
4.	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania
5.	Kopia pełnomocnictwa lub innego dokumentu dającego podstawę prawną do reprezentacji
6.	Wnioskodawcy - jeżeli dotyczy

WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE Ocena merytoryczna

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data, pieczętka i podpis pracownika PCPR

Decyzja dyrektora PCPR

Wniosek rozpatrzono pozytywnie / negatywnie* i przyznano / nie przyznano* środki finansowe PFRON w wysokości zł, do usług tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika.

.....
data, pieczętka i podpis dyrektora PCPR