

.....  
Pieczęć PCPR

...../.....  
numer sprawy / data wpływu wniosku

## WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON USŁUGI TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO/TŁUMACZA PRZEWODNIKA

<b>I. DANE WNIOSKODAWCY:</b>	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania:	
Numer PESEL	telefon:
Nazwa banku	
Numer rachunku bankowego	

<b>II. POSIADANE ORZECZENIE <sup>x</sup></b>
<input type="checkbox"/> o stopniu niepełnosprawności: znacznym/ umiarkowanym/ lekkim*
<input type="checkbox"/> o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów, wydanym przed dniem 01.01.1998 r.
<input type="checkbox"/> o całkowitej/częściowej/niezdolności do pracy/i niezdolności do samodzielnej egzystencji*
<input type="checkbox"/> o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, wydanym przed 01.01.1998 r.
<input type="checkbox"/> o niepełnosprawności (dot. dzieci do 16- tego roku życia)

<b>III. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY <sup>x</sup></b>
<input type="checkbox"/> osoba zatrudniona / osoba prowadząca działalność gospodarczą*
<input type="checkbox"/> osoba ucząca się w systemie szkolnym / studiująca*
<input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy*
<input type="checkbox"/> rencista / emeryt *
<input type="checkbox"/> dzieci i młodzież do 16-tego roku życia

<b>IV. PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY WNIOSKODAWCY/OPIEKUN PRAWNY/PEŁNOMOCNIK*</b>
Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
Dowód osobisty: seria                      numer                      telefon:
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia
Sygnatura akt
Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczonego
przez notariusza
z dnia    nr repertorium
Nazwa banku
Numer rachunku bankowego



Oświadczam, że
1. Posiadam zaległości wobec PFRON <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. W ciągu 3 (trzech) lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. O dofinansowanie ze środków PFRON usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika ubiegam się wyłącznie w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Piasecznie <sup>x</sup> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

**VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA:**

**PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA:**

.....

.....

.....

.....

**MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA (miejsce świadczenia usługi tłumacza języka migowego /tłumacza przewodnika)**

.....

.....

**CEL DOFINANSOWANIA – należy określić, w jaki sposób usługa tłumacza języka migowego/tłumacza-przewodnika, umożliwi lub ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Przewidywany koszt realizacji zadania: .....zł.(słownie:.....)

Wysokość wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON: .....zł.(słownie:.....)

Termin rozpoczęcia zadania: .....

Przewidywany czas realizacji zadania:.....

Wysokość dofinansowania ze środków PFRON usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2 % przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia.

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

Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy ze środków PFRON.

Świadoma/y odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 233 i art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 1950 z późn. zm.) za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis  
Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika\*

Załączniki wymagane do wniosku:

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu).
2. Zaświadczenie lekarskie, wystawione przez lekarza specjalistę, zawierające informacje o schorzeniach Wnioskodawcy, uzasadniające ubieganie się o dofinansowanie usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika (zaświadczenie jest ważne 60 dni od dnia wystawienia).
3. Faktura pro-forma lub oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania.
4. Dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy: PJM (Polskiego Języka Migowego), SJM (Systemu Językowo-migowego), SKOGN (Sposobów Komunikowania się Osób Głuchoniewidomych).
5. Kopia dokumentów potwierdzających sposób reprezentacji (dotyczy pełnomocników i opiekunów prawnych).
6. Obowiązek informacyjny RODO.
7. Inne dokumenty.....

\*niepotrzebne skreślić

x właściwe zaznaczyć

## **Obowiązek informacyjny RODO w sytuacji pozyskania danych od osoby, której dane dotyczą.**

W związku z obowiązującym Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony danych osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Piasecznie przekazuje poniższą informację - **Obowiązek informacyjny RODO w sytuacji pozyskania danych od osoby, której dane dotyczą.**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Piasecznie – Pani Klaudia Wojnarowska, adres siedziby: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Piasecznie, 05-500 Piaseczno, ul. Chyliczkowska 14;
2. Inspektorem danych osobowych jest Pani Agnieszka Pindelska, adres siedziby: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Piasecznie, 05-500 Piaseczno, ul. Chyliczkowska 14, tel. (22)756-61-64, mail: ochronadanych@piaseczno.pl;
3. Celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest rozpatrzenie wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika; zadania wynikające z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 ze zm.) oraz rozporządzenia z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 926);
4. Informacje nie będą przekazywane podmiotom innym niż te uprawnione z mocy prawa.
5. Dane będą przetwarzane w okresie nie dłuższym niż wymagają tego przepisy prawa.
6. Informuję, że przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawie do przenoszenia danych;
7. Informuję o przysługującym Pani/Panu prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność przetwarzania z prawem;
8. Informuję, że przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym w tym przypadku jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;
9. Informuję, że podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania.
10. PCPR nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany.

Zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym.

Data i podpis:

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane dla celów związanych z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków PFRON usługi tłumacza języka  
migowego lub tłumacza-przewodnika

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej oraz chorób współistniejących.....  
.....  
.....

Schorzenia lub dysfunkcje uzasadniające korzystanie z usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-  
przewodnika:

- słuchu,
  - mowy,
  - inne (jakie)
- .....  
.....

Stwierdzam potrzebę korzystania z usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika  
stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności:

- nie
  - tak – uzasadnienie:
- .....  
.....  
.....  
.....

.....  
miejsowość, data

.....  
Pieczęć i podpis lekarza

**DECYZJA O PRYZNANIU DOFINANSOWANIA**

Wniosek został rozpatrzony na posiedzeniu Zespołu ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika osobom niepełnosprawnym w dniu: .....

Zespół rozpatrzył wniosek:

- pozytywnie
- negatywnie
- pozostawił wniosek bez rozpatrzenia

**UZASADNIENIE DECYZJI KOMISJI:**

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

Przyznano dofinansowanie ze środków PFRON w wysokości: .....zł., (słownie:.....  
.....)

Podpisy członków Zespołu:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

.....  
data

.....  
Podpis Dyrektora PCPR