

Nr sprawy ZRSON

WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika**
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

.....
(data wpływu do PCPR)

Dane personalne Wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego oraz adres zamieszkania:

Imię/imiona i nazwisko

Adres zamieszkania
(ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

Data urodzeniaNr PESEL

Numer tel.adres e-mail

Nazwa banku i numer rachunku bankowego

Adres korespondencyjny.....

Dane dotyczące dofinansowania

Przedmiot dofinansowania/ ilość godzin:

.....

Cel dofinansowania:

.....

Miejsce realizacji zadania:

Przewidywany koszt realizacji zadania:

Termin rozpoczęcia zadania: Przewidywany czas realizacji zadania:

Wysokość kwoty 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.

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku

.....

.....

.....

.....

Informacje o Wnioskodawcy:

I. Stopień niepełnosprawności (wypełnić zgodnie z posiadanym orzeczeniem wstawiając x we właściwej rubryce)

1	osoba w wieku do 16 roku życia posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności	
2	znaczny	
3	umiarkowany	
4	lekki	
5	I grupa inwalidzka	
6	II grupa inwalidzka	
7	III grupa inwalidztwa	
8	osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji	
9	osoba niezdolna do samodzielnej egzystencji	
10	osoba całkowicie niezdolna do pracy	
11	osoba częściowo niezdolna do pracy	
12	osoba o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
13	osoba o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, której nie przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	

II. Rodzaj niepełnosprawności (wstawić x we właściwej rubryce)

1	01-U - upośledzenie umysłowe	
2	02-P - choroby psychiczne	
3	03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	
	osoba głucha	
	osoba głuchoniema	
4	04-O - narząd wzroku	
	osoba niewidoma	
	osoba głuchoniewidoma	
5	05-R - narząd ruchu	
	wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego	
	dysfunkcja obu kończyn górnych	
	dysfunkcja kończyn dolnych	
6	06-E - epilepsja	
7	07-S - choroby układu oddechowego i krążenia	
8	08-T - choroby układu pokarmowego	
9	09-M - choroby układu moczowo-płciowego	
10	10-N – choroby neurologiczne	
11	11-I - inne	
12	12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe	

III. Sytuacja zawodowa (wstawić x we właściwej rubryce)

1	zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą	
2	osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
3	bezrobotny poszukujący pracy	
4	rencista poszukujący pracy	
5	rencista/ emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
6	dzieci i młodzież do lat 18	
7	inne/jakie?	

IV. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków PFRON:

Na likwidację barier architektonicznych/w komunikowaniu się/technicznych ze środków PFRON

nie korzystałem/am

korzystałem/am:

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Dane Przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekuna prawnego, Pełnomocnika

Imię/imiona i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....
(ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

Data urodzenia Nr PESEL

Nr tel.adres e-mail

Ustanowiony Opiekunem prawnym/Pełnomocnikiem*

postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia

sygn. akt. na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

.....z dnia repert. nr

Kosztorys i harmonogram usługi tłumacza migowego lub tłumacza - przewodnika

	Okres świadczenia usługi (od – do)	Liczba godzin	Zakres świadczonej usługi	Cena brutto w zł za godzinę usługi	Przewidywany koszt brutto w zł
1.					
2.					
3.					
Przewidywany koszt ogólny usługi					
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (nie może przekroczyć 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia)					

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 mam zaległości wobec Funduszu lub w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:
 tak nie (zaznaczyć właściwe)
- Oświadczam**, że zostałem/am poinformowany/a, iż dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

„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” - art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego z dn. 6 czerwca 1997r.

Upředzony/a o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy/ Przedstawiciela ustawowego/
Opiekuna prawnego/ Pełnomocnika*)

*niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA

przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Sławnie.

Zgodnie z art. 13 ust.1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) informujemy, że z dniem 25 maja 2018r.:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Sempołowskiej 2A, 76-100 Sławno jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.
Administrator powołał **Inspektora Ochrony Danych (IOD)** Pana Andrzeja Popielarza, z którym skontaktować się można mailowo: a.popielarz@pcprslawno.pl lub telefonicznie: 59 810 64 02.
2. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest wykonanie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu realizacji zadań ustawowych realizowanych w powiecie sławieńskim przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sławnie.
4. Podanie danych osobowych jest wymogiem wynikającym z przepisów prawa. Konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości realizacji Pani/Pana sprawy.
5. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa w tym Jednolitym rzeczowym wykazem akt.
6. Administrator przekaze Pani/Pana dane wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.
7. Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
8. Ma Pani/Pan prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania danych jak również prawo wycofać zgodę na przetwarzanie danych w dowolnym momencie co nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
9. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Załączniki do wniosku:

1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.
2. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekunów prawnych, kopia pełnomocnictwa notarialnego.
3. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Sławnie.

