

Data wpływu wniosku:

Załącznik nr 6 do Zarządzenia nr 1/2022 p.o. Dyrektora PCPR w Sulęcinie z dnia 24.01.2022r. w sprawie wprowadzenia druków wniosków na realizację zadań powiatu dofinansowywanych ze środków PFRON

Nr akt:

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W SULĘCINIE
ul. Daszyńskiego 49, 69-200 Sulęcin
tel. 957770050 lub 957550753, e-mail: pcpr@pcprsulecin.pl

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika

I. Przedmiot dofinansowania

usługi tłumacza języka migowego usługi tłumacza-przewodnika

II. Dane osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie.

Imię i nazwisko

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

Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż adres zamieszkania)

Nr telefonu PESEL

III. Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika.

Imię i nazwisko

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

Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż adres zamieszkania)

Nr telefonu PESEL

IV. Przewidywany koszt realizacji zadania

	Okres usługi	Liczba godzin	Zakres świadczenia usługi	Przewidywany koszt (brutto)
Tłumacz języka migowego	1.....	1.....	1.....	1.....
	2.....	2.....	2.....	2.....
	3.....	3.....	3.....	3.....
				RAZEM:.....
Tłumacz -przewodnik	1.....	1.....	1.....	1.....
	2.....	2.....	2.....	2.....
	3.....	3.....	3.....	3.....
				RAZEM:.....

Wnioskowana wysokość dofinansowania (nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę świadczenia usługi) zł

V. Cel dofinansowania

VI. Miejsce realizacji zadania

VII. Termin rozpoczęcia

VIII. Przewidywany czas realizacji

IX. Nazwa banku i numer rachunku bankowego

Właściciel rachunku

X. Uzasadnienie potrzeby dofinansowania

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

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi zł

	Źródło dochodu	Przeciętny miesięczny dochód netto
1. Wnioskodawca:		
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:	x	x
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
RAZEM		

XII. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia:

Korzystałam /em*: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE				
Data przyznania dofinansowania	Numer zawartej umowy	Cel	Kwota	Stan rozliczenia

XIII. Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Rozpatrzeniu będą podlegały jedynie kompletne i prawidłowo wypełnione wnioski.
2. Wszelkie zmiany we wniosku oraz rezygnacje należy zgłaszać w formie pisemnej.
3. Dofinansowaniu nie podlegają usługi zrealizowany przed dniem podpisania umowy z PCPR w Sulęcinie.
4. W przypadku gdy właściwa jednostka organizacyjna samorządu terytorialnego powoźmie wątpliwość odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, wzywa Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

XIV. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłam(em) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązaną z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Ja niżej podpisany(a) pouczone(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam iż dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(miejsowość)

.....
(data)

.....
Podpis osoby niepełnosprawnej lub osoby uprawnionej do składania podpisów w imieniu osoby niepełnosprawnej.

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sulęcinie
Pana/Pani dane osobowe przetwarzamy w celu realizacji obowiązku prawnego, realizacji zadań publicznych lub na podstawie zgody.

Przysługują Pani/Panu, z zastrzeżeniem przepisów RODO: prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii, prawo do sprostowania swoich danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do usunięcia danych, prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Szczegółowe informacje dot. przetwarzania danych osobowych można znaleźć pod adresem:
https://bip.wrota.lubuskie.pl/pcprsulecin/31/Administrowanie_danymi_osobowymi/

W przypadku wątpliwości prosimy o kontakt osobisty/listowny: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sulęcinie [ul. Daszyńskiego](mailto:ul.Daszyńskiego) 49, telefoniczny: 95/755 07 53 lub pcpr@pcprsulecin.pl

Do wniosku należy dołączyć:

1. Kserokopię ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie (druk w załączeniu).
3. Kopię pełnomocnictwa lub postanowienia o ustaleniu opiekuna prawnego jeśli taki został ustanowiony.
4. Oferta cenowa na wnioskowany przedmiot.
5. Akt urodzenia lub dokument upoważniający do pełnienia opieki nad dzieckiem w przypadku wniosku dot. niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej.
6. Dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM (Polski Język Migowy), SJM (System Językowo – Migowy), SKOĞN (Sposoby Komunikowania się Osób Głuchoniemych) – dotyczy wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługę.

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb PCPR w Sulęcinie
dofinansowanie ze środków PFRON usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika
(prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim)

Imię i nazwisko.....
zamieszkała (y).....
PESEL

Rozpoznanie lekarskie i rodzaj schorzenia:

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

Uzasadnienie korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika

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

.....
(pieczęćka i podpis lekarza specjalisty)

Zgodnie z § 6 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 poz. 926.) – o dofinansowanie usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, **jeśli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności**, a ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem