**RS-618-** ...........**/**……

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie do usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika**

**ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:

.............................................................................................miejscowość........................................................

*(imię i nazwisko, w przypadku niepełnosprawnego dziecka należy podać jego dane )*

ul. .................................................................... nr domu................................. nr lokalu ...............................

kod .......... - ............... poczta ................................................. gmina ...........................................................

PESEL ** telefon ...........................................................

DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:

................................................................................................................................syn/córka ........................................................

imię (imiona) i nazwisko imię ojca

nr PESEL ................................................................... miejscowość ............................................. ulica .......................................

nr domu ..................nr lokalu ...............nr kodu ...... ................. poczta . .................................................. powiat ........................

województwo ...........:........................................... nr tel./faxu (z nr. kier.) ...........................................................

1. Cel dofinansowania – wnioskuję o dofinansowanie do:

tłumacza języka migowego

tłumacza - przewodnika

**2**. **Posiadane orzeczenie:**

1). o stopniu niepełnosprawności Znacznym Umiarkowanym Lekkim

2). o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III

3). o całkowitej/ częściowej niezdolności do pracy/ niezdolności do samodzielnej egzystencji/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym/

4). o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

**3. OŚWIADCZENIE**

oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych**1**, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał

poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił ................................... złotych.

* Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym ....................

4. INFORMACJA WNIOSKODAWCY O KWOTACH PRZYZNANYCH WCZEŚNIEJ ZE ŚRODKÓW PFRON

Z OKREŚLENIEM:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | NR UMOWY | DATA ZAWARCIA UMOWY | CEL DOFINANSOWANIA | KWOTA | STAN ROZLICZENIA |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

*LUB PROSZĘ WPISAĆ:* *,,NIE UZYSKAŁEM ŻADNEGO DOFINANSOWANIA”*

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

5. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA, TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY   
 CZAS ORAZ KOSZT JEGO REALIZACJI

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Imię i nazwisko | Okres usługi | Liczba godzin | Zakres świadczenia usługi | Przewidywany koszt  (brutto) |
| Tłumacza  języka migowego | ...……………  ………………  ………………  ……………… | 1………………..  2………………..  3………………..  4. ………………  5……………….. | 1………  2………  3……….  4 ……….  5………. | 1………………………..  2..………………………  3. ………………………  4……………………….  5……………………… | 1……………….  2……………….  3……………….  4………………..  5……………….. |
| RAZEM:………… |
| Tłumacza przewodnika | ...……………  ………………  ………………  ……………… | 1……………….  2……………….  3……………….  4……………….  5……………….. | 1………..  2………..  3………..  4………..  5……….. | 1………………………  2…………………………  3…………………………  4…………………………  5………………………… | 1………………..  2………………..  3………………..  4…………………  5…………………. |
| RAZEM:……... |

6. NAZWA BANKU ORAZ NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

*(O ILE WNIOSKODAWCA POSIADA RACHUNEK BANKOWY WPISAĆ NUMER, W PRZECIWNYM WYPADKU WPISAĆ „NIE DOTYCZY”)*

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

Ja niżej podpisany/a pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art.233 par.1 kodeksu karnego\* za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 par. 2 kpa oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

*\*Art.233 par.1 kk – Kto, składając zeznania 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.*

*W przypadku złożenia fałszywych zeznań kwota dofinansowania ze środków PFRON ww. zadania podlega zwrotowi*.

*Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am\* stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.*

*Oświadczam, że o dofinansowanie ze środków PFRON ubiegam się tylko w Powiecie Krakowskim.*

***Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR   
w Krakowie w ciągu 14 dni.***

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

**data**  (**czytelny podpis Wnioskodawcy,**

**przedstawiciela ustawowego,**

**opiekuna prawnego, pełnomocnika**

\*właściwe zaznaczyć

***Załączniki do wniosku:***

Kopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność **(oryginał do wglądu)**,

Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione czytelnie, w języku polskim zawierające informację o rodzaju posiadanych schorzeń (w przypadku orzeczenia, w którym brak jest zapisu dotyczącego przyczyny niepełnosprawności oznaczonej symbolem 03-L),

Oryginał aktualnego zaświadczenia ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki,

Dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy Polskiego Języka Migowego (zwany dalej PJM), Systemu Językowo-Migowego (zwany dalej SJM), Sposobów Komunikowania się Osób Głuchoniewidomych (zwany dalej SKOGN) - dotyczy wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługę,

1. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego **(oryginał do wglądu)** w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego.
2. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych wraz z potwierdzeniem otrzymania informacji o przetwarzaniu danych osobowych – Załącznik nr 2 do wniosku.