|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pieczęć wpływu | | **PCPR.N.** ………… . ……. ………. |
| **nr wniosku** |
|  |  |

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie usługi tłumacza lub tłumacza – przewodnika dla osoby niepełnosprawnej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji   
Osób Niepełnosprawnych**

**Część A: DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

**I. Dane personalne osoby niepełnosprawnej**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: | |
| Adres: | |
| Powiat: | Województwo: |
| Pesel: | |
| Numer telefonu: | |
| Nazwa banku i numer rachunku bankowego: | |

**II. Stopień niepełnosprawności** (proszęuzupełnić wstawiając „x”)

**ORZECZENIE: czasowe do dnia** ……………………..….............; **stałe**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Znaczny** |  |
| inwalidzi I grupy |  |
| osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji |  |
| osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (z prawem do zasiłku pielęgnacyjnego) |  |
| osoby w wieku do lat 16 (z orzeczeniem o niepełnosprawności) |  |
| **2. Umiarkowany** |  |
| inwalidzi II grupy |  |
| osoby całkowicie niezdolne do pracy |  |
| **3. Lekki** |  |
| inwalidzi III grupy |  |
| osoby częściowo niezdolne do pracy |  |
| osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (bez prawa do zasiłku  pielęgnacyjnego) |  |

**III. Sytuacja mieszkaniowa** (proszęuzupełnić wstawiając „x”)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. osoba mieszkająca samotnie |  |
| 2. osoba mieszkająca z rodziną |  |
| 3. osoba mieszkająca z osobami niespokrewnionymi |  |

**Część B: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU**

**I. Przedmiot dofinansowania**

|  |
| --- |
| Tłumacz języka migowego  Tłumacz - przewodnik |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania:**   1. Przewidywany koszt 1 godziny pracy tłumacza migowego lub tłumacza – przewodnika   (maksymalnie 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę usługi)  …………………… zł – słownie ………………………………..   1. Przewidywana liczba godzin usługi tłumacza migowego lub tłumacza przewodnika:   ……………………………..  **Przewidywany koszt ogólny**: kwota ………………………… zł |
| **Inne źródła finansowania** |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON**  kwota: ………………………………… zł  kwota słownie: …………………………………………………………………………………………………........... zł  Termin rozpoczęcia: ………………………………………………...............................................................................  Przewidywany czas realizacji : ……………………………………………………………………………………….. |
| **Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON w tym samym przedmiocie?** (proszę  wypełnić wstawiając „x”)  TAK – podać rok .......................................  NIE |

**II. Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych** (proszę uzupełnić)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym przez PCPR lub PFRON?** | | | | TAK NIE | | |
| **Cel**  (nazwa instytucji, programu i /lub zadania w ramach którego przyznana została pomoc) | **Przedmiot dofinansowania**  (co zostało zakupione ze środków PFRON) | **Beneficjent**  (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON) | **Numer i data zawarcia umowy** | **Termin rozliczenia** | **Kwota przyznana** | **Kwota rozliczenia przez organ udzielający pomocy (w zł )** |
| ………………………………  ………………………………  ………………………………  ………………………………  ………………………………...  ………………………………...  ………………………………  ………………………………  ……………………………… | .........................................  ………………………….  …………………………..  …………………………  …………………………..  …………………………..  …………………………..  …………………………..  ………………………….. | ……………………………  ……………………………  ……………………………  …………………………….  …………………………….  …………………………….  …………………………….  …………………………….  ……………………………. | ……………….  ……………….  ……………….  ………………..  ………………..  ………………..  ………………..  ………………..  ……………….. | …………….  …………….  …………….  ……………..  …………….  …………….  …………….  …………….  …………….. | ………………  ………………  ………………  ………………  ………………  ………………  ……………….  ……………….  ………………. | ………………..  ………………..  ………………...  ………………..  ……………….  ……………….  ………………...  ………………..  ……………….. |
| **Razem uzyskane dofinansowanie:** | | | |  | | |

|  |
| --- |
| **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON? TAK NIE**  **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PCPR? TAK NIE**  **Jeżeli TAK, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:**  ................................................................................................................................................................................................  ................................................................................................................................................................................................  **Uwaga!** za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął |

**Część C: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

**I. Informacje dodatkowe** (proszęwypełnić oraz wstawić „x”)

|  |  |
| --- | --- |
| Pytanie/ zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
| 1. Uzasadnienie wniosku |  |
| 1. Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności. | TAK 2 przyczyny niepełnosprawności  NIE  TAK 3 przyczyny niepełnosprawności |
| 1. Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)? | TAK NIE |
| 1. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dotyczące niepełnosprawności)? | TAK (1 osoba) TAK (więcej niż jedna osoba) NIE |

**III. Dane przedstawiciela ustawowego opiekuna prawnego / pełnomocnika** (\*proszęwypełnić wstawiając „x”)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. opiekun prawny\* | | |  |
| 2. pełnomocnik\* | | |  |
| Imię i nazwisko: | Pokrewieństwo: | | |
| Ulica: | Nr domu: | | |
| Miejscowość: | Kod pocztowy: | | |
| Powiat: | Województwo: | | |
| Pesel: | | | |
| Seria i numer dowodu osobistego: | | Wydany przez: | |
| Nr telefonu: | | | |
| postanowienie Sądu rejonowego z dn. …………...…….............… sygn. akt/ ………………………………...............  na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza …………………………………….................................  z dn. ……………………………. repet nr ………………………………………………………................................. | | | |

**Oświadczenie:**

1. Uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2204) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Funduszu, oraz nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie w ciągu 3 ostatnich lat.
3. Posiadam środki własne na sfinansowanie zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.
4. Oświadczam, że stale zamieszkuję w lokalu/ budynku mieszkalnym, w którym ma być przeprowadzona likwidacja barier architektonicznych.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z katalogiem rzeczowym, wykazem urządzeń, materiałów budowlanych, prac modernizacyjnych, które mogą być objęte dofinansowaniem.
6. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

|  |
| --- |
| ……………………………………………………………....  **Czytelny podpis Wnioskodawcy** / przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego / pełnomocnika |

**IV. Załączniki wymagane do wniosku** (uzupełnienia wpisując „x” dokonuje pracownik PCPR)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa załącznika** | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PCPR***(należy zaznaczyć właściwe)* | | |
|  | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia/  uwagi |
| **1.** | Aktualne zaświadczenie lekarskie lekarza specjalisty  (ważne 90 dni od daty wystawienia) |  |  |  |
| **2.** | Dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM, SJM, SKOGN  (dot. wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługę) |  |  |  |
| **3.** | Oświadczenie o dochodach w gospodarstwie domowym |  |  |  |
| **4.** | Kserokopia orzeczenia, o którym mowa w art.1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych  (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721 ze zm.) lub orzeczenie równoważne; oryginał do wglądu |  |  |  |
| **5.** | Kserokopia pełnomocnictwa lub postanowienia sądu, jeżeli ustanowiony jest pełnomocnik lub opiekun prawny; oryginał do wglądu |  |  |  |
| **6.** | Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób; oryginał do wglądu |  |  |  |
| **7.** | Oferty cenowe na usługi tłumacza migowego / tłumacza - przewodnika |  |  |  |
| **8.** | Inne: |  |  |  |
| **9.** | Inne: |  |  |  |

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

Data i podpis merytorycznego pracownika PCPR,

stwierdzającego kompletność złożonego wniosku