

Data wpływu wniosku do PCPR

Pieczętka PCPR

Nr sprawy

W N I O S E K

O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika

Część I.

A. WNIOSKODAWCA			
1. Imię i nazwisko		2. Pesel	
		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
3. Data urodzenia		4. Dowód osobisty SERIA _____ NR _____ WYDANY W DNIU _____ PRZEZ _____ WAŻNY DO _____	
5. ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Miejscowość	Kod pocztowy	Powiat	Województwo
6. Numer telefonu kontaktowego			

B. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA (rodzaj usług):	
Tłumacz języka migowego	<input type="checkbox"/> polski język migowy (PJM) <input type="checkbox"/> system językowo-migowy (SJM) <input type="checkbox"/>
Tłumacz – przewodnik	<input type="checkbox"/> sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN) <input type="checkbox"/> jaki (wskazać metodę komunikowania się) zapewnienie pomocy w dotarciu na miejsce i powrocie <input type="checkbox"/>

C. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY (we właściwej rubryce wpisać TAK)		Trwale/ na czas określony do ...
1.	Znaczny stopień niepełnosprawności	
	Inwalidzi I grupy	
	Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
	Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2.	Umiarkowany stopień niepełnosprawności	
	Inwalidzi II grupy	
	Osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3.	Lekki stopień niepełnosprawności	
	Osoby częściowo niezdolne do pracy	
	Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
4.	Osoby w wieku do lat 16, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	

D. RODZAJ OGRANICZENIA SPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY (we właściwej rubryce wpisać TAK)		
1.	Osoba nie poruszająca się samodzielnie - leżąca	
2.	Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
3.	Dysfunkcja narządu wzroku	
4.	Dysfunkcja narządu słuchu	
5.	Dysfunkcja narządu mowy	
6.	Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7.	Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
8.	Inne (jakie?)	

E. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY (we właściwej rubryce wpisać TAK)		
1.	Zatrudniony/aktywny zawodowo	
2.	Prowadzący działalność gospodarczą/rolniczą	
3.	Osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
4.	Bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy	
5.	Emeryt/ rencista nie zainteresowany podjęciem pracy	
6.	Dzieci i młodzież do lat 18	

F. SYTUACJA RODZINNA WNIOSKODAWCY (we właściwej rubryce wpisać TAK)		
1.	Osoba mieszkająca samotnie	
2.	Osoba zamieszkująca wyłącznie z niepełnosprawnym małżonkiem lub opiekunem lub niepełnosprawnymi członkami rodziny	
3.	Osoba zamieszkująca z pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi członkami rodziny	
4.	Osoba zamieszkująca tylko z pełnosprawnymi członkami rodziny	

G. OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE ZAMIESZKUJĄCE Z WNIOSKODAWCĄ		
Lp.	Imię i nazwisko	Rodzaj niepełnosprawności
1.		
2.		
3.		

H. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

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 wynosi _____ zł.

Słownie: _____ zł.

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym _____

I. WNIOSKODAWCA ORAZ OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ

Lp.	Imię i nazwisko	Rok urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Przeciętny miesięczny dochód za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
1.			wnioskodawca	
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

J. NAZWA BANKU I NR RACHUNKU BANKOWEGO

1. NAZWA BANKU

2. NR RACHUNKU BANKOWEGO

K. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

L. CEL DOFINANSOWANIA

Ł. PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA

1. KWOTA

2. SŁOWNIE

M. TERMIN I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA

1. TERMIN ROZPOCZĘCIA ZADANIA

2. PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA

N. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PRFON

Korzystałem/am ze środków finansowych PFRON (właściwie zaznaczyć, w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK proszę wypełnić poniższą tabelę)

TAK NIE

Cel (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu celowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr zawartej umowy	Data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
RAZEM	_____	_____		_____	

O. WYSOKOŚĆ KWOTY WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU

1. KWOTA

2. SŁOWNIE

Część II.

OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, nie byłem w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowania ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR w Polkowicach dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji niniejszego wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016 r., poz. 922).
- Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że kwota dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia.
- Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (o czym zostałem/am uprzedzony/a).

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Polkowicach.

Część III.

A. PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY, OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK (wypełnić tylko w przypadku takiego stanu prawnego)			
1. Imię i nazwisko			
2. Data urodzenia		3. Pesel	
		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
4. Dowód osobisty SERIA _____ NR _____ WYDANY W DNIU _____ PRZEZ _____ WAŻNY DO _____			
5. ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Miejscowość	Kod pocztowy	Powiat	Województwo
6. USTANOWIONY OPIEKUNEM/PEŁNOMOCNIKIEM OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)			

POSTANOWIENIEM SĄDU			
_____ W _____			
Z DNIA _____			
SYG. AKT. _____ lub _____			
7. USTANOWIONY PEŁNOMOCNIKIEM OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)			

NA MOCY PEŁNOMOCNICTWA POTWIERDZONEGO PRZEZ NOTARIUSZA _____			

Z DNIA _____			
_____ REPET. NR _____			

CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY, PRZEDSTAWICIELA
USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA

DATA _____

POUCZENIE!

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz.U. 2017, poz 2204 t.j.)

Art. 233

- § 1. 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 8 lat.
- § 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat.
- § 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.

ZAŁĄCZNIKI 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 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, 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 1998r. (oryginał do wglądu).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, (w przypadku takich osób).
3. Aktualne zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę potwierdzające dysfunkcję narządu słuchu, zawierające szczegółowy opis schorzenia i uzasadniające konieczność korzystania z usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika.
4. Oferta cenowa, określająca liczbę wnioskowanych godzin świadczenia usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika wraz z podaniem ceny jednostkowej za godzinę.

UWAGA!

W przypadku złożenia wniosku, w którym występują uchybienia i nieusunięcie ich w wyznaczonym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Polkowicach terminie, powoduje pozostawienie go bez rozpatrzenia.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca w odpowiedniej rubryce wpisać „w załączeniu – załącznik nr ...” przypisując numery załączników do punktów, których dotyczą.

**CZĘŚĆ IV.
WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W POLKOWICACH**

A. ADNOTACJE PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK

B. UCHYBIENIA STWIERDZONE WE WNIOSKU

Uchybienia usunięto w dniu _____ / nie usunięto

C. UWAGI

DATA I PODPIS PRACOWNIKA MERYTORYCZNEGO _____

CZĘŚĆ V.

A. DECYZJA O ROZPATRZENIU WNIOSKU

POZYTYWNA

NEGATYWNA

WNIOSEK POZOSTAWIONY BEZ ROZPATRZENIA

DATA I PODPIS DYREKTORA PCPR W POLKOWICACH _____