

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Końskich
ul. Spółdzielcza 3, 26-200 Końskie

.....
Nr wniosku

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
data wpływu kompletnego wniosku

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika

I. Informacja o Wnioskodawcy:

1. Osoba niepełnosprawna:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

mięscowość ul.....nr

kod - poczta

Numer telefonu

PESEL.....

* niepotrzebne skreślić

Stopień niepełnosprawności:**

I. ZNACZNY: ● 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, ● osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny.	
II. UMIARKOWANY: ● inwalidzi II grupy, ● osoby całkowicie niezdolne do pracy.	
III. LEKKI: ● inwalidzi III grupy, ● osoby częściowo niezdolne do pracy, ● osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym.	

2. Przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny (w przypadku małoletniego Wnioskodawcy)/pełnomocnik:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

mięscowość ul.....nr

kod - poczta

Numer telefonu

Numer identyfikacji podatkowej (NIP)

PESEL.....

Numer rachunku bankowego

3. Ustanowiony opiekun prawny/pełnomocnik:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

mięscowość ul.....nr

kod - poczta

Ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego w

z dn. Sygn. Akt

na mocy pełnomocnictwa notarialnego lub potwierdzonego przez notariusza.....

z dn. Repet. nr

II. Informacje dotyczące przedmiotu wniosku:

Miejsce realizacji zadania:.....

mięscowość..... ul..... numer

.....

Cel dofinansowania, uzasadnienie złożenia wniosku:

.....

Przewidywany koszt realizacji zadania:

.....

Przewidywana liczba godzin usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika

.....

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu (maksymalnie 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę usługi):zł.
(słownie:).

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....
.....
Nazwa i adres podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka migowego lub tłumacza
przewodnika:

Nazwa banku i nr rachunku bankowego podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka
migowego lub przewodnika:

Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu z określeniem numeru
zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia:

.....
.....
.....
Inne źródła finansowania zadania:
.....

III. Informacja o wcześniejszym korzystaniu ze środków PFRON:

Czy korzystał/a Pan/Pani ze środków PFRON? TAK / NIE* na dofinansowanie sprzętu
rehabilitacyjnego, ortopedycznego, środków pomocniczych, turnusów rehabilitacyjnych,
likwidacji barier architektonicznych/w komunikowaniu się/technicznych*. Jeśli tak, proszę
podać:

Cel dofinansowania	Data i numer umowy	Kwota przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia

* niepotrzebne skreślić

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

Ja niżej podpisany(a)
(imię i nazwisko)
zamieszkały(a)
(miejscowość)
ulicanr domu nr lokalu

Lp.	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Miesięczny dochód *
Dane dotyczące Wnioskodawcy:				
1.			-	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
Razem:				

* miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek, dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych, chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za okres ostatnich trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2015 roku, poz. 926 z późniejszymi zmianami).

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować w ciągu 30 dni.

W przypadku podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonywania przez PCPR płatności tych środków

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

4

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego dokumentu poświadczającego rodzaj i stopień niepełnosprawności.
2. Zaświadczenie potwierdzające wysokość miesięcznych dochodów netto Wnioskodawcy i osób wspólnie gospodarujących z Wnioskodawcą za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.
3. Zaświadczenie lekarza specjalisty zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu (zgodnie z załącznikiem).
4. Oferta na wykonanie usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza –przewodnika.
5. Potwierdzenie posiadania przez tłumacza języka migowego wpisu do rejestru Wojewody.
6. Kserokopia pełnomocnictwa (do wglądu) – jeśli dotyczy.

ADNOTACJE PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK

Potwierdzam dołączenie wymaganego kompletu dokumentów:

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak / nie*	Uzupełniono tak / nie*	Data uzupełnienia
1.	Kopia aktualnego dokumentu poświadczającego rodzaj i stopień niepełnosprawności			
2.	Zaświadczenie potwierdzające wysokość miesięcznych dochodów netto Wnioskodawcy i osób wspólnie gospodarujących z Wnioskodawcą za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku			
3.	Zaświadczenie lekarza specjalisty			
4.	Oferta na wykonanie usługi			
5.	Potwierdzenie posiadania przez tłumacza języka migowego wpisu do rejestru Wojewody			

* wpisać właściwe

.....
Data

.....
Imię i nazwisko
przyjmującego wniosek

.....
Podpis

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data

.....

Podpis i pieczęćka pracownika
dokonującego oceny

DECYZJA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie podejmuje decyzję pozytywną/negatywną*
i przyznaje/nie przyznaje* środki PFRON w kwocie.....zł., słownie

.....

.....

na dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się, technicznych
dla Pani/Pana

.....

.....

data (dzień, miesiąc, rok)

.....

pieczęć PCPR

.....

pieczęć i podpis Dyrektora PCPR

* niepotrzebne skreślić

.....
miejscowość i data

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres

OŚWIADCZENIE

Zapoznany z treścią art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 roku, poz. 1950 z późniejszymi zmianami) oświadczam że:

1. Mam / nie mam zaległości wobec Funduszu i (byłem/am) / (nie byłem/am) w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.*
2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o zasadach dofinansowania i rozliczenia środków Funduszu przyznanych na likwidację barier architektonicznych, w komunikowaniu i technicznych i że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.

.....
podpis

*niepotrzebne skreślić

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Zaświadczenie lekarskie
(wystawione przez lekarza)

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Rodzaj schorzeń:

.....
.....

Uzasadnienie korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika:

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

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

***zaświadczenie winno być wystawione przez lekarza specjalistę**

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

- Stosownie do treści art. 6 ust. 1 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu oraz danych osobowych członków rodziny i osób najbliższych w związku z prowadzonym postępowaniem dotyczącym mojego wniosku.
- Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
- **Znam treść klauzuli informacyjnej**, w tym celu i sposobu przetwarzania danych osobowych oraz prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania oraz możliwości wycofania zgody w dowolnym momencie.

.....
(data i podpis składającego oświadczenie)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – Dz.Urz.Ue.L 2016 Nr 119, str.1 informuję, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**, reprezentowane przez Dyrektora z siedzibą w Końskich przy ul. Spółdzielczej 3. Może się Pan/Pani z nami kontaktować poprzez numer telefonu **41 372-84-06** lub adres email: **sekretariat@koneckipcpr.pl**,
- 2) może się Pani/Pan skontaktować z naszym inspektorem danych osobowych pod numerem telefonu **41-372-84-06** bądź adresem e-mail: **iod@koneckipcpr.pl**,
- 3) Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych,
- 4) Dane osobowe przetwarzane są na podstawie:
 - a. ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
 - b. ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
 - c. ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
 - d. ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.
- 5) Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione organom władzy na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom współpracującym z administratorem w zakresie obsługi administracyjnej, informatycznej, prawnej, księgowej,
- 6) przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wykonania obowiązków prawnych nałożonych na Administratora Danych,
- 7) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych,
- 8) Pani/Pana dane osobowe będą przez nas przetwarzane zgodnie z przepisami prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania i przechowywane zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzeń wykonawczych zgodnie z nadaną dokumentacji kategorią archiwalną,
- 9) Ma Pani/Pan prawo do:
 - a. żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
 - b. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych;
 - c. przenoszenia swoich danych osobowych;
 - d. cofnięcia zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w dowolnym momencie;
 - e. wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 10) Podanie przez Pani/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a ich nie podanie uniemożliwi wypełnienie obowiązku prawnego nałożonego na Administratora Danych,
- 11) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.