

[Empty dashed box for date]

Data wpływu wniosku do PCPR

[Empty dashed box for stamp]

Pieczęć Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

**Wniosek o dofinansowanie
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika dla osoby
niepełnosprawnej**

Dane dotyczące wnioskodawcy

Imię i nazwisko PESEL
adres zamieszkania telefon.....

**Dane przedstawiciela ustawowego (rodzic, opiekun prawny) lub pełnomocnika osoby
niepełnosprawnej**

Imię i nazwisko PESEL
adres zamieszkania: telefon

POSIADANE ORZECZENIE

- a) o stopniu niepełnosprawności Znacznym Umiarkowanym Lekkim
b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III
c) o całkowitej / o częściowej niezdolności do pracy/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie
rolnym/ o niezdolności do samodzielnej egzystencji
d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Orzeczenie ma charakter okresowy do dnia roku lub trwałe TAK NIE*.

Cel dofinansowania – Wnioskuję o dofinansowanie do :

- Tłumacza języka migowego
- Tłumacza – przewodnika

CEL.....
.....
.....
.....

*właściwe zaznaczyć

- Zostałem poinformowany, że klauzula informacyjna (zgodnie z obowiązkiem informacyjnym wynikającym z art. 13 RODO) jest dostępna w formie papierowej w siedzibie PCPR Łęczna. Staszica 9 oraz na stronie internetowej www.pcprrleczna.pl w zakładce rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych „klauzula informacyjna dotycząca danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej”.
- Oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej,
- Przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON;
- Uprowadzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Ustawy z dnia 06 czerwca 1997 roku - Kodeks Karny (Dz. U. z 2022 roku poz. 1138, z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku i załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w Łęcznej niezwłocznie, najpóźniej w terminie do 7 dni od ich wystąpienia.
- Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania podanych przeze mnie danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE

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, wynosił zł, słownie.....

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Uprowadzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2022, poz. 1138 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. Prawdziwość powyższych danych – pod groźbą odpowiedzialności karnej – potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej dla potrzeb niezbędnych dla realizacji dofinansowania.

.....
data

.....
podpis osoby niepełnosprawnej /
przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika

Załączniki:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę w sposób czytelny i w języku polskim zawierające informację o rodzaju posiadanych schorzeń (zgodnie z załącznikiem nr 1).
3. W przypadku tłumaczenia zajęć lekcyjnych – harmonogram planu zajęć.
4. Dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM, SJM, SKOBN (dotyczy tłumacza, który ma świadczyć usługę).

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

**Zaświadczenie lekarskie
w celu dofinansowania usług tłumacza języka migowego
lub usług tłumacza przewodnika**

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

PESEL:

posiada schorzenia lub dysfunkcje:

- słuchu
- mowy
- inne

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

Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza
przewodnika w trakcie

.....
.....

proszę określić rodzaj zajęć

Nie
lub

Tak – uzasadnienie:

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

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)