Data wpływu:
Nr sprawy:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika lub kosztów utrzymania psa asystującego

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	
Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
Z dnia:	
Sygnatura Akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium:	
Zakres pełnomocnictwa:	☐ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie ☐ do rozliczenia dofinansowania ☐ do zawarcia umowy ☐ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnień wniosku ☐ do złożenia wniosku ☐ inne……

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś

Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki ☐ nie dotyczy

Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ 05-R – narząd ruchu ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych ☐ 06-E – epilepsja ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego ☐ 10-N – choroby neurologiczne ☐ 11-I – inne: ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:
☐ indywidualne ☐ wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Ze środków finansowych PFRON:
☐ nie korzystałem
☐ korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
Rodzaj dofinansowania:	☐ usługi tłumacza języka migowego ***– należy wypełnić tabelę II – KOSZTY REALIZACJI*** ☐ usługi tłumacza przewodnika ***– należy wypełnić tabelę II – KOSZTY REALIZACJI*** ☐ kosztów utrzymania psa asystującego ***– należy wypełnić załącznik nr 4 do wniosku – specyfikacja wnioskowanego dofinansowania***
Cel dofinansowania:	

II. KOSZTY REALIZACJI

dotyczy usług tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika

Nazwa pola	Wartość
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Liczba godzin:	
Cena za godzinę:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	

III. MIEJSCE I CZAS REALIZACJI ZADANIA

Nazwa pola	Wartość
Miejsce realizacji:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

IV. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego	

☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

SYTUACJA ZAWODOWA

☐ Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
☐ Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
☐ Bezrobotny poszukujący pracy
☐ Rencista poszukujący pracy
☐ Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
☐ Dzieci i młodzież do lat 18
☐ Inne/jakie?

OŚWIADCZENIE

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Oświadczam, że o udzielenie wsparcia w zakresie objętym wnioskiem nie ubiegam się na terenie innej jednostki samorządu terytorialnego (powiatu).

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2021. poz. 2345) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

Miejscowość	*Data*	*Podpis Wnioskodawcy*

Część D – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks Karny (Dz. U. z 2021. poz. 2345) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Miejscowość	*Data*	*Podpis Wnioskodawcy*

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

	w przypadku wymaganych kserokopii oryginały dokumentów należy przedstawić do wglądu
1.	aktualne zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza specjalistę (załącznik nr 1 do wniosku)**,** wystawione czytelnie, w języku polskim **załącznik nie dotyczy:** wnioskodawców ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub równoważnym, którzy w orzeczeniu posiadają symbol 03-L lub 03-L wraz z symbolem 04-O, lub symbole równoważne, stosowane we wcześniejszych orzeczeniach;
2.	Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych (**załącznik nr 2** do wniosku)
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (**załącznik nr 3** do wniosku)
4.	Specyfikacja wnioskowanego dofinansowania (**załącznik nr 4** do wniosku) – dotyczy wyłącznie wniosków w zakresie dofinansowania do utrzymania psa asystującego
5.	kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, orzeczenia do celów rentowych lub kopia wypisu z treści orzeczenia;
6.	w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kserokopia zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego, a w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopia pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza;
7.	dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM (Polski Język Migowy), SJM (System Językowo-Migowy), SKOGN (Sposoby Komunikowania się Osób Głuchoniewidomych) - dotyczy wszystkich tłumaczy, **którzy mają świadczyć usługę**
8.	certyfikat psa przewodnika psa asystującego
9.	faktura pro-forma na sprzęt lub inny dokument potwierdzający planowany koszt zakupu/realizacji usługi;

Załącznik nr 1 do wniosku

……..….
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie

Nazwa pola	Wartość
Imię i nazwisko:	
Zamieszkały/zamieszkała:	
PESEL	
Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje	□ słuchu □ mowy □ Inne (jakie)
Stwierdzam potrzebę korzystania z usług: **- tłumacza języka migowego** **lub** **- usług tłumacza przewodnika** **Lub** **- z asysty psa asystującego**	□ nie □ tak - uzasadnienie

Miejscowość	*Data*	*Pieczątka i podpis lekarza specjalisty*

Załącznik nr 2 do wniosku

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łęczycy, ul. Kilińskiego 4, 99-100 Łęczyca, reprezentowane przez Kierownika;

2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się: e-mail: inspektor@d-edu.pl;

3) Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celach: przyjęcia, rozpatrzenia oraz realizacji wniosku o dofinansowanie na podstawie Art 6, ust.1 lit. a i c ogólnego Rozporządzenia o ochronie danych osobowych;

4) Państwa dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom;

5) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;

6) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do wykonywania celów ustawowych i statutowych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łęczycy;

7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

8) mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego;

9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania;

10) Podanie przez Państwa danych osobowych jest konieczne do realizacji celów wymienionych w p. 3).
Nie wyrażenie zgody będzie skutkowało odmową przyjęcia wniosku o dofinansowanie.

Zapoznałem/am się

…….

(podpis)

Załącznik nr 4 do wniosku

SPECYFIKACJA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA DO UTRZYMANIA PSA ASYSTUJĄCEGO

Nazwa pola	Wartość
Obejmuje okres poniesionych kosztów:	od dnia .... r. do dnia .... r.
Charakter psa asystującego	☐ przewodnik osoby niewidomej lub niedowidzącej ☐ asystent osoby niepełnosprawnej ruchowo ☐ sygnalizujący osoby głuchej i niedosłyszącej ☐ sygnalizujący atak choroby (np. atak epilepsji, choroba serca)

PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

Nazwa pola	Wartość
Koszt zakupu karmy (100%):	
Wnioskowane dofinansowanie:	
koszt leczenia i opieki weterynaryjnej (100%):	
Wnioskowane dofinansowanie:	
inne koszty całkowite – jakie? (100%)	
Wnioskowane dofinansowanie:	

WNIOSKOWANE DOFINANSOWANIE

Kwota łączna wnioskowanego dofinansowania (brutto):	
Słownie:	

Miejscowość	*Data*	*Podpis Wnioskodawcy*

KARTA OCENY FORMALNEJ WNIOSKU O DOFINANSOWANIE USŁUGI TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO/TŁUMACZA PRZEWODNIKA LUB KOSZTÓW UTRZYMANIA PSA ASYSTUJĄCEGO DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwisko i imię:……

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU			
L.p.	**Warunki weryfikacji formalnej:**	**Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe)**	**UWAGI**
1.	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania zgodnie z rozporządzeniem MPiPS w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON	☐ tak ☐ nie	
2.	Wniosek jest kompletny, zawiera wymagane załączniki, wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach, zawiera wymagane podpisy	☐ tak ☐ nie	
3.	Wniosek niekompletny – termin uzupełnienia wniosku	☐ tak ☐ nie	Do dnia……..……
4.	Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie	☐ tak ☐ nie	
Weryfikacja formalna wniosku: pozytywna ☐ negatywna ☐			
Pieczątka imienna pracownika dokonującego weryfikacji formalnej wniosku: *data, podpis:*			