

Data wpływu:

Nr wniosku JM//_____/____

Nr sprawy DdRS.6103.3._____/____

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO
LUB TŁUMACZA - PRZEWODNIKA***

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY/ PODOPIECZNEGO

Imię i nazwisko		Data urodzenia	Syn/córka (podać imię ojca)	
PESEL		Seria i numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość		
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □				
Dowód osobisty wydany przez:			Data ważności dokumentu:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Powiat	Województwo	Tel/fax z nr kierunkowym (tel. komórkowy)		

ADRES DO KORESPONDENCJI

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu

ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Powiat	Województwo	Tel/fax z nr kierunkowym (tel. komórkowy)		

**2. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA
PRAWNEGO/PEŁNOMOCNIKA***

- Rodzic osoby niepełnosprawnej
- Opiekun prawny osoby niepełnosprawnej ustanowiony - postanowienie Sądu Rejonowego z dn. _____
sygn.akt/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza _____ z dn _____

Imię (imiona) i nazwisko		Data urodzenia	Syn/córka (podać imię ojca)	
PESEL		Seria i numer dowodu osobistego	Dowód osobisty wydany przez:	Data ważności dokumentu:
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □				
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Powiat	Województwo	Telefon z nr kierunkowym (tel. komórkowy)		

* niepotrzebne skreślić

3. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: WNIOSKODAWCY / PODOPIECZNEGO*

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka

orzeczenie o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.

Orzeczenie ważne: okresowo do _____ bezterminowo**4. STATUS ZAWODOWY WNIOSKODAWCY**

- zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą *
- osoba ucząca się lub studiująca
- osoba bezrobotna / poszukująca pracy / niezatrudniony*
- osoba posiadająca ustalone prawo do świadczeń emerytalnych / rentowych *
posiadane wykształcenie

5. RODZAJE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*

dysfunkcja narządu wzroku	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja narządu słuchu	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja narządu mowy	<input type="checkbox"/>

6. INFORMACJE DOTYCZĄCE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

(w ciągu 3 lat od daty złożenia niniejszego wniosku)

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (w tym programy celowe realizowane przez PFRON) w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku)					tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
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 (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
.....
.....
.....
.....
Razem uzyskane dofinansowanie:						

* zaznaczyć znakiem X w odpowiednich rubrykach / * niepotrzebne skreślić

7. WNIOSKOWANE DOFINANSOWANIE (należy wpisać rodzaj usługi)

Proszę o dofinansowanie ze środków PFRON
..... w okresie od do łącznie godzin
..... na kwotę (słownie złotych
.....)

wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON :zł.

(słownie złotych:)

8. UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU - cel dofinansowania

dotkające informacje w przypadku Wnioskodawcy, który ubiega się o ponownie o udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel - należy wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego /kolejnego dofinansowania ze środków PFRON

9. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Załączniki:

- Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność/**kopia orzeczenia** o niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
- Aktualne **zaświadczenie lekarskie (lekarza specjalisty)**, wskazujące na konieczność korzystania z usługi wymienionej we wniosku,
- Udokumentowana informacja o ewentualnych innych niż środki PFRON źródłach finansowania zadania (pokrycie udziału własnego przez stowarzyszenia, fundacje itp.),
- Imienna oferta cenowa wystawiona przez osobę świadczącą usługi na rzecz Wnioskodawcy.
- Pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny.

1. Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie ww. danych w bazie danych MOPS/DdRS dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 1182 z późn. zm.).
2. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie informować Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.
3. Zostałem/łam poinformowany/na, że **wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika* za godzinę jej świadczenia nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia**. Usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika finansowane ze środków PFRON może wykonywać osoba, która jest tłumaczem przysięgłym, zarejestrowana przez Wojewodę, która prowadzi działalność gospodarczą. W przypadku zgłoszenia się osoby (tłumacza) nie spełniającej powyższych wymogów, dofinansowanie nie przysługuje.
4. W przypadku przyznania dofinansowania zobowiązuję się do zapłacenia z własnych źródeł pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną wykonania usługi pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.
5. **Wszelkie koszty związane z przygotowaniem wniosku ponosi Wnioskodawca.**
6. Informuję, że jestem*, nie jestem* płatnikiem podatku VAT.
7. **Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że dofinansowanie ze środków Funduszu nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.**
8. Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego /Dz.U. z dnia 06.06.1997 r. nr 88, poz. 553/ za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.

Dąbrowa Górnicza, dnia

Czytelny podpis
Wnioskodawcy, pełnomocnika,
przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE DOCHODÓW

Przeciętny miesięczny dochód na 1 osobę w rodzinie oznacza – przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Uwaga! W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

Ja niżej podpisany(a) _____ zamieszkały(a)
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

_____ (miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

		Przeciętny miesięczny dochód*
Dane dotyczące Wnioskodawcy – imię i nazwisko:		X
1.		
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:		X
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
		Razem:

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego /Dz.U. z dnia 06.06.1997 r. nr 88 poz. 553/ za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.

Oświadczam, także że:

- 1) **przeciętny miesięczny dochód** przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosiZł (słownie złotych:)
- 2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r.
miejscowość

.....
Wnioskodawcy, pełnomocnika,
przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego

POUCZENIE

Za dochody uwzględniane przy obliczeniu przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, uważa się dochody (po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób):

- a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie lekarskie

**o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie usług tłumacza migowego lub tłumacza przewodnika* z udziałem środków PFRON
(wniosek należy wypełnić czytelnie w języku polskim)
wypełnia lekarz specjalista stosownie do rodzaju niepełnosprawności**

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres zamieszkania _____

1. Informacje o rodzaju niepełnosprawności i rozpoznanie choroby zasadniczej:

2. Czy w związku z niepełnosprawnością lub występującymi schorzeniami zachodzi konieczność korzystania z usług tłumacza migowego lub tłumacza przewodnika.

TAK

NIE

3. Opis ograniczeń, jakie wynikają ze schorzenia – uzasadnienie konieczności korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika* (podać rodzaj usługi).

Miejscowość i data

Podpis i pieczętka lekarza
specjalisty

WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPS

Załączniki wymagane do wniosku

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono (zaznaczyć właściwe)	Uzupełniono (zaznaczyć właściwe)	Data uzupełnienia
		wypełnia pracownik przyjmujący wniosek		
1.	Kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności lub niepełnosprawność w przypadku dziecka do 16 roku życia - oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Imienna oferta cenowa lub faktura pro-forma usługi wystawiona przez sprzedawcę i podpisana przez Wnioskodawcę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Aktualne zaświadczenie lekarskie (lekarza specjalisty), wskazujące na konieczność korzystania z usługi wymienionej we wniosku,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Inne załączone dokumenty:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pieczęć imienna pracownika przyjmującego wniosek

Data, podpis:.....