

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/ PODOPIECZNYM*

Imię i nazwisko

PESEL

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

ADRES ZAMIESZKANIA (pobyt stały)

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Powiat	Województwo	Nr telefonu		

**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

PESEL

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Powiat	Województwo	Nr telefonu		

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

* niepotrzebne skreślić / zaznaczyć znakiem X w odpowiednim polu „□”

7. PRZEWIDYWANY TERMIN ROZPOCZĘCIA ZADANIA

8. PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA

9. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

10. WNIOSKOWANE DOFINANSOWANIE (należy wpisać rodzaj usługi)

Proszę o dofinansowanie ze środków PFRON
..... w okresie od do łącznie godzin
..... na kwotę (słownie:.....)
wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON :zł.
(słownie:.....)

11. UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU - cel dofinansowania

dodatkowe 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

12. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Załączniki:

- kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność/**kopia orzeczenia** o niepełnosprawności,
- aktualne **zaświadczenie lekarskie (lekarza specjalisty)**, wskazujące na konieczność korzystania z usługi wymienionej we wniosku,
- oferta cenowa lub faktura pro-forma usługi,
- pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub dokument stanowiący opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny.

1. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie informować Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.
2. Zostałem/łam poinformowany/na, że **wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika* nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia.**
3. 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.
4. **Wszelkie koszty związane z przygotowaniem wniosku ponosi Wnioskodawca.**
5. Informuję, że jestem*, nie jestem* płatnikiem podatku VAT.
6. **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.**

7. Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r., poz. 1950, ze zm.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.
8. Podając numer telefonu wyraża Pan/Pani zgodę na jego przetwarzanie w celu ewentualnego kontaktu organu z osobą ubiegającą się o dofinansowanie (lub jej opiekunem prawnym/pełnomocnikiem) do celów związanych z wnioskiem o przyznanie dofinansowania do usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika. Ma Pan/Pani możliwość wycofania tej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Dąbrowa Górnicza, dnia _____

Czytelny podpis
Wnioskodawcy, pełnomocnika,
przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE

Niniejszym 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.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi _____.

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r., poz. 1950, ze zm.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.

....., dnia.....r.

miejsowość

Czytelny podpis
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):

- 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,
- 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,
- 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 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

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	<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.	Oferta cenowa lub faktura pro-forma usługi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Aktualne zaświadczenie lekarskie 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 dokument stanowiący 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"/>	

Pieczętka imienna pracownika przyjmującego wniosek

Data, podpis:.....