**Data wpływu:**

**Nr sprawy:**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika**

# Część A – DANE WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| **ROLA WNIOSKODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** |  |
| **Postanowieniem Sądu:** |  |
| **Z dnia:** |  |
| **Sygnatura akt:** |  |
| **Imię i nazwisko notariusza:** |  |
| **Repertorium nr:** |  |
| **Zakres pełnomocnictwa:** |  pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie   do rozliczenia dofinansowania   do zawarcia umowy   do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku   do złożenia wniosku   inne |
| **DAN** | **E PERSONALNE WNIOSKODAWCY** |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** |  mężczyzna  kobieta |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **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** | **Do uzupełnienia** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** |  mężczyzna  kobieta |
| **ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** |  miasto   wieś |

|  |  |
| --- | --- |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **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

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

**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. CEL DOFINANSOWANIA** |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Rodzaj dofinansowania:** |  |
| **Cel dofinansowania:** |  |
| **II. KOSZTY REALIZACJI** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):** |  |
| Słownie: |  |
| **Liczba godzin:** |  |
| **Cena za godzinę:** |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:** |  |
| Słownie: |  |

Wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia (informacja dostępna na stronach GUS).

|  |  |
| --- | --- |
| **III. MIEJSCE I CZAS REALIZACJI ZADANIA** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Miejsce realizacji:** |  |
| **Termin rozpoczęcia:** |  |
| **Przewidywany czas realizacji:** |  |

## IV. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

 Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Właściciel konta:** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |

 W kasie

 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

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - 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 mam świadomość umieszczenia i przetwarzania moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku.

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.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

**Klauzula RODO**

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**Tożsamość administratora**

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

**Dane kontaktowe administratora**

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

**Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych**

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

**Cele przetwarzania**

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

**Podstawa prawna przetwarzania**

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

**Okres, przez który dane będą przechowywane**

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

**Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe**

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

**Prawa podmiotów danych**

Przysługuje Państwu prawo:

1. na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
2. na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
3. na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
4. na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
5. na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
6. art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

**Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych**

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

**Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 tzw. RODO, informujemy, że:**

**Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ciechanowie z siedzibą w Ciechanowie przy ul. 17 Stycznia 7, 06-400 Ciechanów, a z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych można skontaktować się poprzez e-mail:** [**iod@pcpr-ciechanow.pl**](mailto:iod@pcpr-ciechanow.pl)

**Pełna wersja Klauzuli informacyjnej dostępna jest na stronie internetowej PCPR w Ciechanowie pod adresem: www.pcpr-ciechanow.pl/pfron/rodo**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Plik** | **Dołączono do wniosku** | **Uzupełniono** | **Data uzupełnienia** |
| 1. | Kopia aktualnego dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność Wnioskodawcy. |  |  |  |
| 2. | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny. |  |  |  |
| 3. | Kopia dokumentu potwierdzającego wpis do rejestru tłumaczy PJM, SJM, SKOGN. |  |  |  |
| 4. | Zaświadczenie lekarskie wypełnione na druku stanowiącym Załącznik do wniosku, jeśli rodzaj niepełnosprawności (03 L) nie został określony w orzeczeniu o niepełnosprawności. |  |  |  |
| 5. | Inne dokumenty wymagane przez Realizatora |  |  |  |

**CZĘŚĆ D WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:.................................................... – WYPEŁNIA PCPR w Ciechanowie**

**1. Weryfikacja formalna**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Warunki weryfikacji formalnej: | Warunki weryfikacji formalnej spełnione (*zaznaczyć właściwe*): | | **UWAGI** |
| 1 | Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku  i uzyskania dofinansowania usług tłumacza języka migowego/ tłumacza przewodnika | - tak - nie | |  |
| 2 | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w ustawie oraz rozporządzeniu | - tak - nie | |  |
| 3 | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego | - tak - nie | |  |
| 4 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu | - tak - nie | |  |
| 5 | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach | - tak - nie | |  |
| 6 | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy | - tak - nie | |  |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | | | ....................../ ......................../ 20.... r. | |
| **Weryfikacja formalna wniosku:**  **pozytywna negatywna** | | | | |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie | | - tak - nie | | |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia | | - tak - nie | | |

***pieczątka imienna Dyrektora PCPR w Ciechanowie***

*data, podpis:*

***pieczątka imienna pracownika PCPR w Ciechanowie dokonującego weryfikacji formalnej wniosku***

*data, podpis:*

**2. Decyzja dotycząca wniosku**

|  |
| --- |
| DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA-PRZEWODNIKA pozytywna: negatywna: |
| **PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):** |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI POZYTYWNEJ**: |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**: |
| Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania  ...................20...... r. ................................................................  data podpisy osób podejmujących decyzję |

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON usług tłumacza migowego/tłumacza przewodnika

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

(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **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:** |  nie   tak – uzasadnienie: |