**Załącznik nr 6**

 **do Zarządzenia nr 3/2017**

 **Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Sejnach**

 **z dnia 02.01.2017r.**

………………….. ……………………………….

 Nr sprawy Data wpływu wniosku

#

#  Pieczęć i podpis pracownika …………………………

# W N I O S E K

**o udzielenie dofinansowania ze środków PFRON usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika**

(proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

## **1. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK**

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………………

Data urodzenia: \_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL: ………………………………………….

ADRES ZAMIESZKANIA:

Ulica/nr domu/mieszkania ………………………………………………………………………………

Kod …….-……… Miejscowość………………………………………………………………………..

Telefon…………………………………………… email………………………………………………

**2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA (wypełnić jeśli dotyczy)**

Imię i nazwisko:…………………………………………………………………………………

PESEL:………………………………………………………………………………………….

Dowód osobisty: seria …….. nr………….. wydany w dniu ……………….przez…………….

ADRES ZAMIESZKANIA:

Ulica/nr domu/mieszkania ………………………………………………………………………………

Kod …….- ………Miejscowość………………………………………………………………………..

Telefon……………………………………………. e-mail……………………………………

**3. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON (zaznacz właściwe)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy osoba niepełnosprawna korzystała ze środków PFRON | TAK: | NIE: |
| Lp | Nr i data zawarcia umowy | Kwota | Cel umowy | Data przyznanego dofinansowania | Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**4. CEL DOFINANSOWANIA – WNIOSKUJĘ O DOFINANSOWANIE DO (zaznacz właściwy kwadrat)**

a) Usług tłumacza języka migowego 🞎

b) Usług tłumacza – przewodnika 🞎

**5. MIEJSCE ORAZ TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA WRAZ Z UZASADNIENIEM KONIECZNOŚCI KORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

6. PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA

1) przewidywany koszt usługi jednej godziny tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika

 …………….zł brutto (słownie złotych:…………………………………………………………….)

2) przewidywana łączna liczba godzin usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika

………………………………………………………………………………………………………….

3) przewidywany łączny koszt usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika

……………….zł brutto (słownie złotych:……………………………………………………………)

7. KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA ……………………………zł brutto

 (słownie złotych:……………………………………………………………………………………)

**8. INFORMACJA O POSIADANYM RACHUNKU BANKOWYM**

* **Posiadam/ nie posiadam rachunek bankowy.**
* **Nazwa banku** ………………………………………….
* **Numer rachunku bankowego:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**9. OŚWIADCZEBIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW**

 Oświadczam że, przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielny przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi: …………………………………... zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: ………………………………

**10. DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:**

* kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt. 1a lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.**(oryginał do wglądu),**
* aktualne zaświadczenie lekarskie, (wystawione czytelnie, w języku polskim zgodnie z załącznikiem do wniosku),
* 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),**
* oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,
* w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – kserokopię zaświadczenia lub wyroku Sadu o ustanowieniu opiekuna prawnego **(oryginał do wglądu),**
* w przypadku reprezentowania osoby niepełnosprawnej przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza **(oryginał do wglądu).**

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

* nie mam zaległości wobec PFRON oraz że nie byłam/Em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku strona umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji dofinansowania, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych,

 …………………………………………………………………………………………………

 *Data i podpis wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej\* lub jej pełnomocnika\*, przedstawiciela ustawowego\*,*

*opiekuna prawnego\*)*

\*niepotrzebne skreślić