…….. …….
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:
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),**

- 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),**

- aktualne zaświadczenie lekarskie, (wystawione czytelnie, w języku polskim zgodnie z załącznikiem do wniosku),

- 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,

……

Data i podpis wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej lub jej pełnomocnika*, przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*)*

*niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna przy pobieraniu danych bezpośrednio od osoby (RODO)

(właściwe zaznaczyć przez zakreślenie pola □)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (Dz. Urz. UE L 119/1, 4/5/2016) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sejnach** przy **ul. Piłsudskiego 34** tel.: **87 517 34 15**, adres e-mail: **pcpr@powiat.sejny.pl**
2. administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych – kontakt: pisemnie na adres siedziby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Sejnach lub e-mail: pcpr@powiat.sejny.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w celu realizacji wniosków dotyczących:

   □ uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych,

   □ sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych

   □ zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

   □ zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów

   □ likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

   □ usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika

   □ realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

4. przekazywane dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym, z wyjątkiem PFRON oraz w innych sytuacjach przewidzianych przez prawo i niezbędnych do realizacji zadania;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących archiwizacji;
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia po okresie archiwizacji, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, 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. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
9. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem rozpatrzenia złożonego wniosku. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, w przypadku niepodania danych nie będzie możliwe rozpatrzenie złożonego wniosku.

…… ……

Data **czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela Ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika**