



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŚWIDNIKU

UL. ELIZY ORZESZKOWEJ 6, 21 - 040 ŚWIDNIK

TELEFON / FAX 81 751 54 32

e-mail: KANCELARIA@PCPR-SWIDNIK.PL | WWW.PCPR-SWIDNIK.PL

WYPEŁNIA PCPR

.....
pieczęć wpływu i podpis pracownika PCPR

.....
numer sprawy

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO I TŁUMACZA - PRZEWODNIKA**
(wypełnia osoba niepełnosprawna)

DANE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko

PESEL¹

Adres zamieszkania²

Numer telefonu (*podanie numeru telefonu jest dobrowolne*)

INFORMACJA O PRZEDMIOCIE DOFINANSOWANIA:

1. Niniejszym ubiegam się o dofinansowanie do usług:³

- tłumacza języka migowego
- tłumacza - przewodnika

2. Przewidywany koszt świadczenia usług:

2.1. Przewidywany koszt jednej godziny usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika: zł (słownie: złotych).

2.2. Przewidywana łączna liczba godzin usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika:

2.3. Łącznie wnioskowana kwota dofinansowania: zł (słownie: złotych).

- Jestem osobą uczącą się³ (należy dołączyć dokument potwierdzający pobieranie nauki)
- Jestem osobą w wieku aktywności zawodowej zamieszkującą samotnie³

¹ W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL wpisać numer dokumentu tożsamości

² W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

³ Właściwie zaznaczyć

OŚWIADCZENIA I POUCZENIE

1. 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, **wyniósł** **zł.**
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym **wynosi**
2. Do wniosku o dofinansowanie usług tłumacza języka migowego i tłumacza - przewodnika **należy dołączyć aktualne orzeczenie** o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne **oraz zaświadczenie lekarza** o stanie zdrowia, stanowiące załącznik nr 1 do niniejszego wniosku.
3. Jeżeli wniosek składany jest przez kuratora/opiekuna prawnego lub pełnomocnika w imieniu osoby zainteresowanej, należy dołączyć do niego odpowiednio kopię orzeczenia lub zaświadczenia sądu o ustanowieniu kuratora/opiekuna prawnego lub pełnomocnictwo.
4. Przyjmuję do wiadomości, że złożony wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON usług tłumacza języka migowego i tłumacza - przewodnika zostanie rozpatrzony po przyjęciu przez Radę Powiatu w Świdniku uchwały w sprawie określenia do realizacji w danym roku kalendarzowym zadań, na które przeznaczono środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, przypadające według algorytmu określonego odrębnymi przepisami dla Powiatu Świdnickiego.
5. W przypadku powzięcia wątpliwości odnośnie do podanych w niniejszym wniosku danych mających wpływ na przyznanie dofinansowania, PCPR wezwie Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
6. Oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym wniosku dane są zgodne z prawdą.
7. Przyjmuję do wiadomości, iż administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świdniku z siedzibą przy ul. E. Orzeszkowej 6. Dane osobowe zbierane są w celu realizacji procedury przyznawania dofinansowania do usług tłumacza języka migowego i tłumacza - przewodnika ze środków PFRON. Ich podanie jest obowiązkowe, zgodnie z § 11 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

.....

Data

.....

Czytelny podpis Wnioskodawcy

OCENA WNIOSKU (WYPEŁNIA PCPR)

1. **OCENA FORMALNA** (kompletność wymaganych dokumentów):

Lp.	Nazwa dokumentu	Załączono	Uzupełniono	Data uzupełnienia
1	Kompletnie wypełniony Wniosek	TAK / NIE	TAK / NIE	
2	Aktualne zaświadczenie lekarza	TAK / NIE	TAK / NIE	
3	Aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważne	TAK / NIE	TAK / NIE	

POZYTYWNA

NEGATYWNA

Data r. Podpis

OCENA FORMALNA PO UZUPEŁNIENIU DOKUMENTÓW (jeżeli dotyczy):

POZYTYWNA

NEGATYWNA

Data r. Podpis

2. **OCENA REFERENTA SPRAWY:**

POZYTYWNA - Wysokość dofinansowania: zł

NEGATYWNA - Uzasadnienie:

Data r. Podpis

3. **OPINIA KIEROWNIKA DZIAŁU:**

POZYTYWNA - Wysokość dofinansowania: zł

NEGATYWNA - Uzasadnienie:

Data r. Podpis

4. **DECYZJA DYREKTORA PCPR:**

POZYTYWNA - Wysokość dofinansowania: zł

NEGATYWNA - Uzasadnienie:

Data r. Podpis