Załącznik Nr 9 do Zarządzenia Nr 42 Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Rybniku z dnia 31.12.2018 r. w sprawie ustalenia wniosków, które będą obowiązywały od 2019 roku w ramach ubiegania się o dofinansowanie ze środków PFRON w PCPR w Rybniku

 Data wpływu...............................................

Imię i nazwisko:............................................................................................................................

Adres zamieszkania (kod, miejscowość, ulica)……………….....................................................

Adres zameldowania (kod, miejscowość, ulica)…………………...............................................

**W N I O S E K o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika**

**ON-5101/5/........../.........**

**Wniosek obowiązuje od 01.01.2019 r.**

**W N I O S E K o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika**

**Dane osobowe wnioskodawcy (dziecka/podopiecznego)** *– właściwe podkreślić* Imię............................................................. Nazwisko………….………………………………

Data urodzenia............................................... PESEL………………………………………….. Miejscowość......................................................................Kod pocztowy ……………………... Ulica ………….....................................................................Nr domu.......................................... Dowód osobisty seria………….…..nr……………….................................................................. Wydany w dniu……………przez……………………………………………………………… nr telefonu …............................. …………………..

***Dane rodzica/opiekuna prawnego/pełnomocnika*** *- właściwe podkreślić* Imię……………………………….…Nazwisko......................................................................... Data urodzenia...................................................... Pesel……………………………………….. Miejscowość...................................................................... Kod pocztowy……………………. Ulica………...................................................................... Nr domu…………………………… Dowód osobisty Seria…………..nr………………..... Wydany w dniu.….………………...… przez …………………………………………………………………………………………… nr telefonu ……..........................................................

***Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik*** -*właściwe podkreślić* –Znaczny/ I grupa inwalidzka/ Osoba całkowicie niezdolna do pracy i do samodzielnej egzystencji. –Umiarkowany/ II grupa inwalidzka/ Osoba całkowicie niezdolna do pracy. –Lekki/ Osoby częściowo niezdolne do pracy/ Inwalidzi III grupy. -Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności. ***Rodzaj niepełnosprawności*** –*właściwe podkreślić* 1. dysfunkcja narządu wzroku 2. dysfunkcja narządu słuchu 3. dysfunkcja narządu mowy 4. inny/jaki? ........................................................................................................................... ***Sytuacja zawodowa*** *-właściwe podkreslić*  1. Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą. 2.Osoba w wieku od 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca. 3. Bezrobotny poszukujący pracy/rencista poszukujący pracy. 4. Rencista/emeryt niezainteresowany podjęciem pracy. 5. Osoby utrzymujące się z zasiłków z pomocy społecznej. 6. Dzieci, młodzież do lat 18 . ***Średni dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy***  -Średni miesięczny dochód netto w gospodarstwie domowym wynosi: ……………………zł -Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym……………………… Średni dochód miesięczny netto na osobę……………………………………………………zł ***Informacja o korzystaniu ze środków PFRON*** korzystałem/łam: TAK □ NIE □

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nr umowy | Przedmiot dofinansowania | Data umowy | Kwota dofinansowania |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Nazwa i adres podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika......................................................................................................................................................................................................................................................................................... Przewidywana liczba godzin usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika:

.....................................................................................................................................................***Uzasadnienie wniosku*** …............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ***Termin realizacji zadania***:…........................................…...........................................................

***Przewidywany koszt realizacji zadania***:

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

 ***Źródła dotychczasowego finansowania zadania*** ….......................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ***Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizacją zadania (do końca miesiąca poprzedzając miesiąc, w którym składany jest wniosek):***  Kwota: ….....................zł (słownie: …............................................................................złotych) ***Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:*** Kwota: …............................zł (słownie: ….....................................................................złotych) \*Kwota dofinansowania wynosi do 2% przeciętnego wynagrodzenia, za godzinę usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika. ***Proszę o przekazanie dofinansowania na:***  □ Nr konta……………………………………………………………………………………… □ konto wskazane w fakturze

 podpis wnioskodawcy

 Pouczona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r.-Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Kierownika PCPR o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, mających wpływ na sposób jego rozpatrzenia.

 Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych znajdujących się w bazie PCPR w Rybniku, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego (UE) 2016-679 z dnia 27 kwietnia 2016.

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

 podpis wnioskodawcy

 \* Na podstawie aktualnego Komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego przeciętne wynagrodzenie w danym kwartale mnożymy razy 2% po czym uzyskujemy maksymalna wnioskowaną kwotę za godzinę świadczenia usługi tłumacza migowego lub tłumacza – przewodnika np. 3895,33 zł (przeciętne wynagrodzenie w danym kwartale) x 2% = 77,96 zł( maksymalna wnioskowana kwota za godzinę usługi tłumacza).

***Załączniki do wniosku:***

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 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 1998r. (oryginał do wglądu).

 2 Oferta na wykonanie usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika.

 3 Potwierdzenie posiadania przez tłumacza języka migowego wpisu do rejestru Wojewody.

 4 Dokument potwierdzający wysokość dochodu wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą - do wglądu (np. zaświadczenie o zarobkach z zakładu pracy, decyzja o przyznaniu renty lub emerytury).

***UWAGA!!!*** Zaświadczenie z ZUS, w którym stwierdza się, że osoba posiada dany stopień niepełnosprawności nie jest dokumentem, na podstawie, którego można ubiegać się o dofinansowanie. W w/w przypadku należy zwrócić się do ZUS o wypis treści orzeczenia.

 ..................................,dnia....................

(stempel zakładu opieki zdrowotnej

 lub praktyki zawodowej)

 **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb PCPR (prosimy wypełnić czytelnie)

Imię i Nazwisko pacjenta.............................................................................................................. Nr PESEL………………………………………………………………………………….…….

Adres zamieszkania:…………………………………………………………………………….

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej: …..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

2. Rodzaj schorzeń: …................................................................................................................................................... …................................................................................................................................................... …................................................................................................................................................... …................................................................................................................................................... 3. Uzasadnienie korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika:

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

 …………………………………….

(pieczątka i podpis lekarza specjalisty)

 Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista