Załącznik Nr ….. do Zarządzenia Nr ….. Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Rybniku z dnia …… r. w sprawie ustalenia wniosków, które będą obowiązywały od 2021 roku w ramach ubiegania się o dofinansowanie ze środków PFRON w PCPR w Rybniku

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

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

**W N I O S E K**

**Obowiązuje od dnia 01.01.2021 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.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

W związku z wejściem w życie *Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r.* Administrator informuje:

1. Administratorem danych osobowych jest **POWIATOWE CENTRUM POMOCY W RYBNIKU z siedzibą przy ul. 3 Maja 31, 44-200 Rybnik.**
2. W organizacji został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym pracownik może skontaktować się pod wskazanym adresem mailowym: pcpr@powiatrybnicki.pl , Tel. 32 426 00 33 oraz pod adresem siedziby organizacji.
3. Dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji zadań ustawowych i statutowych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Rybniku.
4. Podanie danych osobowych jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym, a także w ramach władzy publicznej powierzonej Administratorowi. Przetwarzanie danych osobowych jest konieczne do wykonania ciążących na Administratorze obowiązków. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy) oraz art. 6 ust. 1 lit. c przedmiotowego rozporządzenia (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze).
5. Dane osobowe nie będą przekazywane innym odbiorcom danych poza podmiotami uprawnionymi na mocy przepisów szczególnych, a także podmiotami upoważnionymi przez Administratora (np. podmiot współpracujący z Administratorem, ale tylko i wyłącznie w zakresie niezbędnym do prawidłowej realizacji zadań Administratora).
6. Administrator przechowuje dane osobowe przez okres czasu przewidziany przepisami prawa.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
8. dostępu do swoich danych osobowych,
9. ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
10. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
11. prawo do przenoszenia danych,
12. prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
13. W dowolnym momencie ma Pani/Pan prawo cofnąć udzieloną zgodę, co pozostanie jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
14. Ma Pani/ Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzoru, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy.
15. Dane osobowe nie będą przez Administratora przetwarzane w sposób, który skutkowałby zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji, w tym profilowaniem. Oznacza to, że Administrator nie wykorzystuje systemów informatycznych, które gromadziłyby informacje na temat Pani/ Pana i jednocześnie samodzielnie, automatycznie, podejmowałyby decyzje, które mogłyby wywołać wobec Pani/Pana skutki prawne lub w podobny sposób istotnie na Panią/Pana wpływać.
16. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Jest Pani/Pan zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości dalszego procedowania zgodnie z procedurami przewidzianymi w przepisach dotyczących udzielania pomocy społecznej.
17. Dane osobowe Pani/ Pana nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

…………………………….

(data i podpis)

..................................,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