

.....  
Nr sprawy

.....  
Data wpływu wniosku

Wypełnia Pracownik MOPR

Pieczęć i podpis pracownika .....

**Wniosek  
o udzielenie dofinansowania 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: .....

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

**ADRES ZAMELDOWANIA**

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Ulica/nr domu/mieszkania ..... Ulica/nr domu/mieszkania.....

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

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

**ADRES KORESPONDENCYJNY: (jeśli jest inny niż ww.)**

Ulica/nr domu/mieszkania .....

Kod .....-..... Miejscowość .....

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

**2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO\* (WYPEŁNIĆ, JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ) OPIEKUNA PRAWNEGO\* LUB PEŁNOMOCNIKA\***

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

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

**ADRES ZAMELDOWANIA**

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Ulica/nr domu/mieszkania ..... Ulica/nr domu/mieszkania .....

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

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

Opiekun prawny\* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia .....

sygnatura akt.....

Pełnomocnik\* - na mocy pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza .....

..... dnia ..... nr repertorium .....

**3. INFORMACJA O POSIADANYM RACHUNKU BANKOWYM - imię i nazwisko osoby wymienionej w pkt 1  pkt 2  (zaznacz właściwy kwadrat)**

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nazwa banku	Nr konta bankowego																			

**4. FORMA PRZEKAZANIA PRZYZNANEGO DOFINANSOWANIA (zaznacz właściwy kwadrat)**

- rachunek bankowy podany w pkt 3  
 odbiór w kasie MOPR ul. Leczkowa 1A w godz. 9.30 - 13.00  
 rachunek bankowy tłumacza

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

- a) Usług tłumacza języka migowego   
b) Usług tłumacza – przewodnika

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**7. 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: .....)

**8. KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA .....zł brutto (słownie złotych: .....)**

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

Czy osoba niepełnosprawna korzystał ze środków PFRON				Tak:	Nie:
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło: <i>PFRON; samorząd powiatowy</i>

**RAZEM:** kwota ..... zł

## 10. OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (t.j.: Dz. U. z 2013 r. poz. 1456 z późn. zm.), podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił

..... zł<sup>1</sup>.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

## 11. DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ:

- kopię orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, orzeczenia do celów rentowych lub kopię wypisu z treści orzeczenia (**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,
- kserokopię dowodu osobistego (**oryginał do wglądu przy podpisaniu umowy**),
- w przypadku dzieci do 18 roku życia - kopię aktu urodzenia (**oryginał do wglądu**),
- w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kserokopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (**oryginał do wglądu**),
- w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza (**oryginał do wglądu**).

**Oświadczam**, że:

- nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych MOPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji dofinansowania, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (t.j.: Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.).

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 k.k. w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 k.p.a. za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

**Uwaga: złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.**

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

\* niepotrzebna skreślić

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wypisać „Nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu - załącznik nr .....” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

### **UWAGA**

Wniosek nie dotyczy usług tłumacza realizowanych w organach administracji publicznej oraz w innych jednostkach, które ma mocy przepisów są zobowiązane do zapewnienia dostępu do ww. usług.

Wysokość dofinansowania za godzinę świadczenia usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski.

<sup>1</sup> Dochód należy wyliczyć zgodnie z pouczeniem