**WNIOSEK**

**O DOFINASOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA-PRZEWODNIKA**

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

 numer wniosku data wpływu wniosku

## **Dane wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej korzystającej z usług tłumacza**

## **migowego lub tłumacza - przewodnika)**

Imię i Nazwisko.............................................................................................................................

Adres zamieszkania.......................................................................................................................

Nr PESEL .............................................. Numer telefonu............................................................

Dowód osobisty (nr i seria)...........................................................................................................

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

**Informacje o wnioskodawcy (proszę wstawić „X’ we właściwej rubryce)**

# Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | znaczny/ inwalida I grupy / osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji |  |
| 2. | umiarkowany / inwalida II grupy/ osoba całkowicie niezdolna do pracy |  |
| 3. | lekki/ inwalida III grupy / osoba częściowo niezdolna do pracy |  |
| 4. | osoba w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności |  |
| 5. | osoba o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 01.01.1998 r. |  |

# Rodzaj niepełnosprawności

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk |  |
| 2. | inna dysfunkcja ruchu |  |
| 3. | dysfunkcja wzroku |  |
| 4. | dysfunkcja narządów słuchu i mowy |  |
| 5. | deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) |  |
| 6.  | niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia |  |
| 7. | inny (jaki?) |  |

Sytuacja zawodowa wnioskodawcy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą |  |
| 2. | osoba w wieku od 18 lat do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca |  |
| 3. | bezrobotny poszukujący pracy/rencista poszukujący pracy |  |
| 4. | rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy |  |
| 5. | dzieci i młodzież do 18 roku życia |  |

## **Informacja o dotychczasowym korzystaniu ze środków finansowych Państwowego**

## **Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

|  |
| --- |
| Korzystałam / em: TAK / NIE |
| Data przyznania dofinansowania | Numer zawartej umowy | Cel | Kwota | Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Nazwa banku i numer rachunku bankowego, na który będą przekazane środki finansowe PFRON

związane z wykonaniem usługi:

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

**Planowany zakup usługi tłumacza migowego lub tłumacza – przewodnika**

Wnioskuję o dofinansowanie zakupu usługi:

Tłumacza migowego Tłumacza przewodnika

**Określenie potrzeby zakupu usługi tłumacza migowego lub tłumacza - przewodnika**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Potrzeba | Miejsce realizacji usług | Zaznaczyć X |
| Udział w szkoleniu/kursie – jakim:……………………………………………………. |  |  |
| Udział w zajęciach szkolnych |  |  |
| Udział w zajęciach na studiach |  |  |
| Udział w rozmowach kwalifikacyjnych/o pracę |  |  |
| Wizyta u lekarza |  |  |
| Reprezentowanie dziecka/obowiązki rodzicielskie |  |  |
| Inna okoliczność – jaka:………………………………………………......... |  |  |

**Jakie są oczekiwania efekty skorzystania z usług tłumacza migowego lub tłumacza – przewodnika?** (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu)

|  |  |
| --- | --- |
| Zwiększenie możliwości udziału wnioskodawcy w życiu społecznym poza miejscem zamieszkania.Proszę uzasadnić w jaki sposób skorzystanie z usług tłumacza migowego lub tłumacza-przewodnika zwiększy szansę na aktywizację społeczną:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |
| Zwiększenie szans wnioskodawcy na aktywizację zawodową/ na utrzymanie aktywności zawodowej. Proszę uzasadnić w jaki sposób skorzystanie z usług tłumacza migowego lub tłumacza-przewodnika zwiększy szansę na aktywizację zawodową:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |

**Kosztorys i harmonogram zakupu usługi tłumacza migowego lub tłumacza - przewodnika**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Okres świadczenia usługi (od-do)** | **Liczba godzin** | **Zakres świadczonej usługi** | **Cena brutto w zł za godzinę usługi** | **Przewidywany koszt brutto w zł** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  **Przewidywany koszt ogólny usługi:** |  |
|  **Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:** |  |

Zostałem/am poinformowany/a, że wysokość dofinansowania usług tłumacza migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia.

Nazwa banku i numer rachunku bankowego, na który będą przekazane środki finansowe

 PFRON związane z wykonaniem usługi:

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

 **PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY**

**(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),**

 **opiekun prawny lub pełnomocnik**

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

PESEL lub numer dokumentu tożsamości: ....................................................................................

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

Data urodzenia: ……………………………………………………………………………………

ustanowiony przedstawicielem\*/opiekunem\*/pełnomocnikiem\*: ……………………………….

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

postanowieniem Sądu Rejonowego: ……………………………………………………………..

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

z dnia ………………………………………. sygn. Akt\*: ……………………………………….

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*: ………………………………….

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

z dn. ………………………….. repet. nr …………………………………………………………

**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** wynosił........................zł.

liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....................

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1,2 i 3 kodeksu karnego za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

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

 czytelny podpis wnioskodawcy

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu).
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju posiadanych schorzeń oraz uzasadniające potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza-przewodnika (zgodnie z załącznikiem)
3. Kopia dokumentu potwierdzającego sposób reprezentacji (dotyczy opiekunów prawnych i pełnomocników).

……………………………………………………

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB PFRON W CELU DOFINANSOWANIA USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO
LUB USŁUG TŁUMACZA PRZEWODNIKA\***

**I.**

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

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

PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

seria i nr dowodu tożsamości: ……………………..

**II. *Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:\****

* dysfunkcja narządu ruchu
* dysfunkcja narządu słuchu
* dysfunkcja narządu wzroku
* upośledzenie umysłowe
* choroba psychiczna
* epilepsja
* schorzenie układu krążenia
* inne (jakie?) ..................................................................................................................
1. ***Stwierdzono potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego\*/ usług tłumacza-przewodnika\****
* Nie
* Tak – uzasadnienie:…………………………………………………………....……....…

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

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

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

 ***(data) (pieczęć i podpis lekarza)***

**\* Właściwe zaznaczyć**

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art.13 ust. 1, 2 rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE L z 2016 r. Nr 119, s.1) - dalej RODO, informujemy, że:

1. **Administratorem Pani/Pana danych osobowych** jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
z siedzibą w Opolu przy ul. Książąt Opolskich 27 w 45 – 005 Opole tel. 77 4420504
Fax 774410505; e-mail: **pcpropole@pcpropole.pl****,** zwany dalej Administratorem.
2. **Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony danych Osobowych,** z którym można skontaktować się w sprawach związanych z ochroną swoich danych osobowych:
- adres poczty elektronicznej: e-mail: krzysztofalex@o2.pl lub pisemnie na adres naszej siedziby.
3. **Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu** realizacji przez Administratora zadań,
w szczególności w zakresie dofinansowanie ze środków PFRON, wynikających z przepisu prawa,
w tym przepisów szczegółowych określających zadania statutowe - **na podstawie**  ***art. 6 ust 1 e*** ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. – RODO.
4. **Odbiorcą Państwa danych będą:**

- organy uprawnione do dostępu do danych osobowych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

5. **Państwa osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.**

6. **Państwa dane osobowe będą przechowywane** przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane i przetwarzane. Mogą być usunięte po upływie okresu określonego dla danej kategorii dokumentacji okresu przechowywania, w zależności od kategorii archiwalnej danej sprawy, zgodnie z przepisami określonymi w ustawie z dnia 14 lipca 1983 r.
o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2018 r., poz. 217) oraz w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz.U. z 2011 r. Nr 14 poz.67).

7**.** **W związku z przetwarzaniem danych osobowych Pani/Pana lub innej osoby, której dotyczy** **dofinansowanie ze środków PFRON, przysługuje**  prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo do sprostowania usunięcia (prawo do bycia zapomnianym), ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych do innego administratora, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

 W przypadku przetwarzania Pani/Pana danych na podstawie zgody, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody w dowolnym momencie nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

1. **Mają Państwo prawo wniesienia skargi** do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
2. **Podanie przez Panią/Pana danych osobowych** **lub innej osoby której dotyczy dofinansowanie ze środków PFRON jest dobrowolne**, lecz niezbędne w celu realizacji zadań związanych
z dofinansowaniem ze środków PFRON.

W przypadku nie podania przez Panią/Pana swoich danych osobowych, nie będziemy mogli zrealizować celu zadania ustawowego, co może skutkować konsekwencjami przewidzianymi przepisami prawa.

10.**Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.**

**Zapoznałam/em się:**

…………………………………………….

(data, podpis osoby, której dane dotyczą)