

WNIOSEK
o dofinansowanie usług tłumacza języka migowego
lub tłumacza – przewodnika dla osoby niepełnosprawnej
lub kosztów utrzymania psa asystującego

UWAGA:

1. *Przed wypełnieniem wniosku proszę zapoznać się z zasadami i procedurami udzielania osobie fizycznej dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika dla osoby niepełnosprawnej lub kosztów utrzymania psa asystującego – ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.*
2. *Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.*

I. Dane dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Dowód osobisty: Seria Nr wydany w dniu r. przez
3. Nr PESEL
4. Adres zamieszkania: Ulica nr domu nr mieszkania
- Kod pocztowy - Miejscowość Powiat
- telefon/fax(z kier.) E-mail
5. Wniosek składam: ⁽¹⁾
 1. Po raz pierwszy
 2. Po raz kolejny – wpisać rok złożenia ostatniego wniosku r.
6. Posiadam orzeczenie: ⁽¹⁾
 1. na stałe;
 2. czasowe do dnia r.

II. Dane Przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekuna prawnego lub Pełnomocnika

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Dowód osobisty: Seria Nr wydany w dniu r. przez
3. Nr PESEL
4. Adres zamieszkania: Ulica nr domu nr mieszkania
- Kod pocztowy - Miejscowość Powiat
- telefon/fax(z kier.) E-mail
5. Ustanowiony: ⁽¹⁾
 1. **Opiekunem** Postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia r. sygn. akt
 2. **Pełnomocnikiem** na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia r. rep.nr

W przypadku uzyskania dofinansowania Wnioskodawca zobowiązuje się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu usługi tłumacza lub kosztów utrzymania psa asystującego, a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

.....
(1) wstaw X we właściwej rubryce

(2) niepotrzebne skreślić

III. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik ⁽¹⁾ (wskazać posiadane orzeczenie)

1. **Znaczny**, w tym: inwalidzi I grupy; osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji; osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji; osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny; osoby w wieku do 16 lat (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny.
2. **Umiarkowany**, w tym: inwalidzi II grupy; osoby całkowicie niezdolne do pracy; Inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę.
3. **Lekki**, w tym: pozostali Inwalidzi III grupy; osoby częściowo niezdolne do pracy; osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy.

IV. Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak albo amputacja dłoni i rąk
2. inna dysfunkcja narządu ruchu
3. dysfunkcja narządu wzroku
4. dysfunkcja narządu słuchu
5. dysfunkcja narządu mowy
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia

V. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

L.p.	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Imię	Nazwisko	Dochód miesięczny /netto/	
				Wysokość	Rodzaj dochodu
1	WNIOSKODAWCA	UWAGA Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać wyłącznie stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i ich dochód miesięczny.			
2					
3					
4					
5					
Łączny miesięczny dochód /netto/					

VI. Przeciętny dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy

Liczba osób w gospodarstwie domowym (podać liczbę)

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 **wynosi na osobę** **zł** (podać kwotę na osobę miesięcznie)

VII. Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾

1. dzieci i młodzież do lat 18
2. młodzież w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
3. bezrobotny poszukujący pracy/rencista poszukujący pracy⁽²⁾
4. zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą⁽²⁾
5. rencista/emeryt niezainteresowany podjęciem pracy⁽²⁾

VIII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ⁽¹⁾

1. **nie korzystam/nie korzystałem** z dofinansowania do usług tłumacza języka migowego/tłumacza-przewodnika osoby niepełnosprawnej/utrzymania psa asystującego⁽²⁾
2. **korzystam/korzystałem** z dofinansowania do usług tłumacza języka migowego/tłumacza-przewodnika osoby niepełnosprawnej/utrzymania psa asystującego⁽²⁾

umowa Nr z dnia r.

przedmiot dofinansowania

data otrzymania dofinansowania r.

kwota dofinansowania zł

3. **korzystałem na inne cele ustawowe** i jestem w trakcie rozliczania

4. **korzystałem na inne cele ustawowe** i rozliczyłem się

5. **korzystałem** i nie rozliczyłem się

(1) wstaw X we właściwej rubryce

(2) niepotrzebne skreślić

IX. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

1. WNIOSKUJĘ O DOFINANSOWANIE DO ⁽¹⁾

A. Usług tłumacza języka migowego B. Usług tłumacza – przewodnika C. Utrzymania psa asystującego

2A-B. PRZEWIDYWANY KOSZT, TERMIN I MIEJSCE REALIZACJI USŁUG TŁUMACZA:

a) przewidywany koszt usługi **jednej godziny** tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika zł brutto (słownie złotych:))

b) przewidywana **łącznie liczba godzin** usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika realizowana w okresie od dnia r. do dnia r. w miejscu

c) przewidywany łączny koszt usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika zł brutto (słownie złotych:))

2C. SPECYFIKACJA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA DO UTRZYMANIA PSA ASYSTUJĄCEGO:

obejmuje okres od dnia r. do dnia r.

a) CHARAKTER PSA ASYSTUJĄCEGO: ⁽¹⁾

- przewodnik osoby niewidomej lub niedowidzącej asystent osoby niepełnosprawnej ruchowo
 sygnalizujący osoby głuchej i niedosłyszącej sygnalizujący atak choroby (np. atak epilepsji, choroba serca)

b) Przedmiot dofinansowania:	Koszty całkowite	Wnioskowane dofinansowanie
a. zakup karmy		
b. koszty leczenia/opieka weterynaryjna		
c. inne koszty		
RAZEM:		

3. KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA zł brutto

(słownie złotych:))

X. CEL DOFINANSOWANIA I UZASADNIENIE

1. CEL DOFINANSOWANIA:

2. UZASADNIENIE:

.....

.....

XI. SPOSÓB PRZEKAZANIA DOFINANSOWANIA: ⁽¹⁾

- Konto osobiste wnioskodawcy.
- Konto opiekuna prawnego, przedstawiciela ustawowego.
- Konto tłumacza świadczącego usługę.

(Pełne dane: Nazwa Banku i numer rachunku - do podania przy podpisywaniu umowy)

XII. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonych na ten sam cel

(załączyć dokumenty potwierdzające finansowanie z innych źródeł – w przypadku, gdy takie występują)

.....

.....

(1) wstaw X we właściwej rubryce

(2) niepotrzebne skreślić

XIII. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (t.j. Dz.U.2018 poz.1600) **oświadczam**, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
2. **Oświadczam**, że przyjmuję do wiadomości i stosowania, że złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie wraz z załącznikami nie gwarantuje uzyskania pomocy oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków określonych w aktach prawnych, także w dniu podpisania umowy;
3. **Oświadczam**, że posiadam* /nie posiadam* zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
4. **Oświadczam**, że w okresie ostatnich 3 lat byłem(-em) * /nie byłem(-em) * stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie;
5. **Oświadczam**, że nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego;
6. Na podstawie z art. 6 ust. 1 lit a. 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 tych danych oraz uchylecia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie oraz PFRON w celu zrealizowania wniosku dotyczącego uzyskania dofinansowania ze środków PFRON.**

.....
Miejscowość i data

.....
podpis wnioskodawcy*/przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*/pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

Pouczenie:

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI – w przypadku wymaganych kserokopii **ORYGINAŁY DOKUMENTÓW NALEŻY PRZEDSTAWIĆ DO WGLĄDU:**

- kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, orzeczenia do celów rentowych lub kopia wypisu z treści orzeczenia;
- w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - **kserokopia** zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego;
- w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – **kserokopia** pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza;
- oryginał** wyceny planowanych kosztów realizacji zadania (np. faktura pro-forma lub inny dokument potwierdzający planowany koszt realizacji zadania, wycena od usługodawcy, umowa z usługodawcą);
- dowód osobisty do wglądu **przy podpisaniu umowy**;
- klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych;
- oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.

DODATKOWE ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE przy wnioskowaniu o dofinansowanie usług tłumacza:

- aktualne zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza specjalistę (zał. nr 1 do wniosku), wystawione czytelnie, w języku polskim) **nie dotyczy:** wnioskodawców ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub równoważnym, którzy w orzeczeniu posiadają symbol 03-L lub 03-L wraz z symbolem 04-O lub symboli równoważnych, stosowanych we wcześniejszych orzeczeniach;
- dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM (Polski Język Migowy), SJM (System Językowo-Migowy), SKOJN (Sposoby Komunikowania się Osób Głuchoniewidomych) - **dotyczy wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługę;**

ZAŁĄCZNIK WYMAGANY przy wnioskowaniu o dofinansowanie utrzymania psa asystującego:

- certyfikat potwierdzający status psa asystującego;

UWAGA.

1. Wniosek nie dotyczy usług tłumacza realizowanych w organach administracji publicznej oraz w innych jednostkach oraz uczelniach publicznych i niepublicznych, które ma mocy przepisów są zobowiązane do zapewnienia dostępu do ww. usług.
2. Realizator nie pokrywa w 100 % kosztów zadania, zatem należy się liczyć z koniecznością posiadania środków własnych na pokrycie różnicy kosztów realizacji zadania a przyznanym dofinansowaniem, którego wysokość wynika z przepisów prawa i możliwości finansowych Centrum.

KLAUZULA INFORMACYJNA

O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

W związku z realizacją wymogów 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 „RODO”), **informuję o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.**

Poniższe zasady stosuje się począwszy od 25 maja 2018 roku.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Warszawskim Centrum Pomocy Rodzinie jest: **Dyrektor Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Lipińska 2, 01-833 Warszawa.**
2. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w WCPR za pomocą adresu IOD@wcpr.pl.
3. Administrator danych osobowych – Dyrektor WCPR - przetwarza Pani/Pana **dane osobowe w celu przyznania Wnioskodawcy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.**
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:
 - 1) wypełnienia obowiązków prawnych Administratora,
 - 2) realizacji umów zawartych z kontrahentami m. st. Warszawy,
 - 3) w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o którym mowa w pkt 4 odbiorcami podanych we Wniosku danych osobowych mogą być:
 - a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
 - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z WCPR przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Dyrektor WCPR.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 4, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
 - 1) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
 - 2) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
 - 3) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym), w przypadku gdy:
 - a) dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,
 - b) osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych,
 - c) osoba, której dane dotyczą wycofała zgodę na przetwarzanie danych osobowych, która jest podstawą przetwarzania danych i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania danych,
 - d) dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - e) dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;
 - 4) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych – w przypadku, gdy:
 - a) osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych,
 - b) przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia,
 - c) Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów, ale osoba, której dane dotyczą, potrzebuje ich do ustalenia, obrony lub dochodzenia roszczeń,
 - d) osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych, do czasu ustalenia czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie Administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu;
 - 5) prawo do przenoszenia danych – w przypadku w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
 - a) przetwarzanie danych odbywa się na podstawie umowy zawartej z osobą, której dane dotyczą lub na podstawie zgody wyrażonej przez tę osobę,
 - b) przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany
 - 6) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:

- a) zaistnieją przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją, w przypadku przetwarzania danych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora,
 - b) przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba, której dane dotyczą jest dzieckiem.
8. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, zgodnie z obowiązującym prawem.
 9. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w WCPR Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych.
 10. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
 11. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.
 12. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

**Administrator
danych osobowych**

niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Administratora przez Wnioskodawcę we wniosku o pomoc ze środków PFRON.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam niniejszym dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić):

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Administratora oraz PFRON w celu przyznania dofinansowania ze środków PFRON i potwierdzam zapoznanie się z powyższymi Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w Warszawskim Centrum Pomocy Rodzinie w ramach udzielania dofinansowań ze środków PFRON, oraz oświadczam, że poinformowano mnie o przysługujących mi prawach.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
przez Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie, oraz PFRON

Na podstawie z art. 6 ust. 1 lit a. 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 tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych)

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie, oraz PFRON w celu zrealizowania wniosku z dnia dotyczącego uzyskania dofinansowania ze środków PFRON, do którego dołączam mniejszą zgodę.

Pracownik przyjmujący oświadczenie

Osoba składająca oświadczenie

.....

.....

podpis z datą i pieczętką imienną

czytelny podpis z datą