

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika lub kosztów utrzymania psa asystującego

POUCZENIE: zakupu przedmiotu wniosku nie można dokonać przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|---|--|
| Wnioskodawca składa wniosek: | <input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie |
| Postanowieniem Sądu: | |
| Z dnia: | |
| Sygnatura akt: | |
| Na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie z dnia: | |
| Imię i nazwisko notariusza: | |
| Repertorium nr: | |
| Zakres pełnomocnictwa: | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne |

Do wniosku należy dołączyć kopię dokumentów potwierdzających ustanowienie wnioskodawcy opiekunem prawnym podopiecznego lub kopię pełnomocnictwa upoważniającego do reprezentowania mocodawcy.

Jako pełnomocnik oświadczam, iż nie jestem i w ciągu ostatnich trzech lat nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku, ani nie jestem i nie byłem w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|-----------------|---|
| Imię: | |
| Drugie imię: | |
| Nazwisko: | |
| PESEL: | |
| Data urodzenia: | |
| Płeć: | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |

ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|----------------------|--|
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |
| Nr telefonu: | |
| Adres e-mail: | |

ADRES KORESPONDENCYJNY Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|---------------|-----------------|
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|-----------------|---|
| Imię: | |
| Drugie imię: | |
| Nazwisko: | |
| PESEL: | |
| Data urodzenia: | |
| Płeć: | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|----------------------|--|
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |
| Nr telefonu: | |
| Adres e-mail: | |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|---|---|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Stopień niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest: | <input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: |
| Numer orzeczenia: | |
| Grupa inwalidzka: | <input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Niezdolność: | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| Rodzaj niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne: <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |
| Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy): | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny |

ŚREDNI DOCHÓDWnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe: indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: w tym osób z niepełnosprawnością:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Ze środków PFRON:

- nie korzystałem
 korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|--------------------|----------|---------------------|----------------------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**I. PRZEDMIOT WNIOSKU**

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|------------------------|---|
| Rodzaj dofinansowania: | <input type="checkbox"/> usługi tłumacza języka migowego - należy wypełnić tabelę II – KOSZTY REALIZACJI oraz załącznik nr 4A do wniosku – specyfikacja wnioskowanego dofinansowania <input type="checkbox"/> usługi tłumacza przewodnika – należy wypełnić tabelę II – KOSZTY REALIZACJI oraz załącznik nr 4A do wniosku – specyfikacja wnioskowanego dofinansowania <input type="checkbox"/> kosztów utrzymania psa asystującego - należy wypełnić załącznik nr 4B do wniosku – specyfikacja wnioskowanego dofinansowania |
| Cel dofinansowania: | |

II. KOSZTY REALIZACJI

dotyczy usług tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|--|-----------------|
| Przewidywany koszt realizacji zadania (100%): | |
| Słownie: | |
| Liczba godzin: | |
| Cena za godzinę: | |
| Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON: | |
| Słownie: | |

Wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia (informacja dostępna na stronach GUS).

III. MIEJSCE I CZAS REALIZACJI ZADANIA

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|-------------------------------|-----------------|
| Miejsce realizacji: | |
| Termin rozpoczęcia: | |
| Przewidywany czas realizacji: | |

IV. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|-------------------------------------|-----------------|
| Właściciel konta (imię i nazwisko): | |
| Nazwa banku: | |
| Nr rachunku bankowego | _____ |

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
 Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
 Bezrobotny poszukujący pracy
 Rencista poszukujący pracy
 Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
 Dzieci i młodzież do lat 18
 Inne/jakie?

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku nie uzyskałam/em ze środków PFRON dofinansowania do usług tłumacza języka migowego, tłumacza-przewodnika lub kosztów utrzymania psa asystującego oraz że o udzielenie wsparcia w zakresie objętym wnioskiem nie ubiegam się na terenie innej jednostki samorządu terytorialnego (powiatu).

Oświadczam, że w ciągu trzech lat poprzedzających złożenie wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie, w szczególności wynikających z niewłaściwie zrealizowanych lub nierozliczonych umów dofinansowań.

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
| | | |

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Lipińska 2, 01-833 Warszawa.

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu rozpatrzenia wniosku, przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i jego rozliczenia na podstawie obowiązujących przepisów prawa i podpisanych umów. Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania i uzupełnienia, żądania ograniczenia przetwarzania danych. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych na niezgodne z prawem przetwarzanie danych przez Administratora. Szczegółowe informacje o zasadach przetwarzania danych przez Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie są dostępne w Kancelarii Stołecznego Centrum Osób Niepełnosprawnych (ul. gen Andersa 5, 00-147 Warszawa) oraz na stronie internetowej Centrum pod adresem www.wcpr.pl w zakładce Osoby niepełnosprawne.

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| w przypadku wymaganych kserokopii oryginały dokumentów należy przedstawić do wglądu | |
|---|---|
| 1. | <p>w zależności od przedmiotu dofinansowania Specyfikacja wnioskowanego dofinansowania:</p> <p>- załącznik nr 1A [jeśli posiadasz dołącz dokument potwierdzający wpis Tłumacza/Przewodnika do rejestru tłumaczy PJM (Polski Język Migowy), SJM (System Językowo-Migowy), SKOGN (Sposoby Komunikowania się Osób Głuchoniewidomych)]</p> <p>lub</p> <p>- załącznik nr 1B <u>obowiązkowo</u> wraz z kserokopią certyfikatu psa przewodnika lub psa asystującego;</p> |
| 2. | <p>aktualne zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza specjalistę (załącznik nr 2 do wniosku), wystawione czytelnie, w języku polskim;</p> <p>(załącznik 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 symbole równoważne stosowane we wcześniejszych orzeczeniach)</p> |
| 3. | <p>kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, orzeczenia do celów rentowych lub kopia wypisu z treści orzeczenia;</p> |
| 4. | <p>faktura pro-forma na sprzęt lub inny dokument potwierdzający planowany koszt zakupu/realizacji usługi</p> |
| 5. | <p>w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kserokopia zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego;</p> |
| 6. | <p>w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – oryginał pełnomocnictwa lub kserokopia pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza;</p> |

**SPECYFIKACJA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA
USŁUGI TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB USŁUGI TŁUMACZA PRZEWODNIKA**

W załączniku należy wskazać konkretne miejsca realizacji usługi tłumacza lub tłumacza przewodnika (np. szkoła, przychodnia, urząd) i czynności, przy których usługa ta będzie realizowana (np. wizyta lekarska, zebranie w szkole).

| <i>Miejscowość</i> | <i>Data</i> | <i>Podpis Wnioskodawcy</i> |
|--------------------|-------------|----------------------------|
| | | |

SPECYFIKACJA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA DO UTRZYMANIA PSA ASYSTUJĄCEGO

| Nazwa pola | Wartość |
|---|--|
| Obejmuje okres poniesionych kosztów: | od dnia r. do dnia r. |
| Charakter psa asystującego | <input type="checkbox"/> przewodnik osoby niewidomej lub niedowidzącej <input type="checkbox"/> asystent osoby niepełnosprawnej ruchowo <input type="checkbox"/> sygnalizujący osoby głuchej i niedosłyszącej <input type="checkbox"/> sygnalizujący atak choroby (np. atak epilepsji, choroba serca) |

PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

| Nazwa pola | Wartość |
|--|---------|
| Koszt zakupu karmy (100%): | |
| Wnioskowane dofinansowanie: | |
| koszt leczenia i opieki weterynaryjnej (100%): | |
| Wnioskowane dofinansowanie: | |
| inne koszty całkowite – jakie? (100%) | |
| Wnioskowane dofinansowanie: | |

WNIOSKOWANE DOFINANSOWANIE

| | | |
|---|-------------|----------------------------|
| Kwota łączna wnioskowanego dofinansowania (brutto): | | |
| Słownie: | | |
| <i>Miejscowość</i> | <i>Data</i> | <i>Podpis Wnioskodawcy</i> |
| | | |

Załącznik nr 2 do wniosku

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA wydane dla potrzeb Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie

| Nazwa pola | Wartość | |
|---|---|---|
| Imię i nazwisko: | | |
| Zamieszkały/zamieszkała: | | |
| PESEL | | |
| Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje | <input type="checkbox"/> słuchu <input type="checkbox"/> mowy <input type="checkbox"/> Inne (jakie) | |
| Stwierdzam potrzebę korzystania z usług: - tłumacza języka migowego lub - usług tłumacza przewodnika lub - z asysty psa asystującego | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak - uzasadnienie | |
| <i>Miejscowość</i> | <i>Data</i> | <i>Pieczętka i podpis lekarza specjalisty</i> |
| | | |