

Wzór
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kole

45/16/Koło/2016

numer kolejny wniosku / powiat / rok złożenia

11.09.2016 r.

data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

Powiatowe Centrum Pomocy w Kole

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

W N I O S E K

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-
przewodnika**

Dane dotyczące Wnioskodawcy (*proszę wypełnić drukowanymi literami*)

MALWINA KITA

Imię (imiona) i nazwisko

syn/córka **MARIANA**

imię ojca

seria **ABD** nr **345678** wydany w dniu **02.02.1999 r.** przez **BURMISTRZ GMINY KOŁO**

dowód osobisty

data urodzenia **29.01.1982 r.** nr PESEL **29018234567**

miejsowość **KOŁO** ulica **OGRODOWA** nr domu **3** nr lokalu **6**

adres stałego zameldowania

nr kodu **33-300 - KOŁO** poczta **KOŁO** nr telefonu **502136789**

1.1. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik ⁽¹⁾

1. znaczny, <ul style="list-style-type: none">• inwalidzi I grupy• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny• osoby w wieku do lat 16 orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>
2. umiarkowany, <ul style="list-style-type: none">• inwalidzi II grupy,• osoby całkowicie niezdolne do pracy,	<input checked="" type="checkbox"/>
3. lekki, <ul style="list-style-type: none">• inwalidzi III grupy,• osoby częściowo niezdolne do pracy,• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie	<input type="checkbox"/>

1.2. Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. Dysfunkcja narządu słuchu, mowy	słuchu
------------------------------------	--------

2. inne (wymienić jakie):

(1) wstawić x we właściwej rubryce

1.3 Sytuacja mieszkaniowa Wnioskodawcy – zamieszkuje ⁽¹⁾:

1. samotnie	X
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

1.4 Sytuacja mieszkaniowa - osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne):

L.p.	Imię i nazwisko	Pokrewieństwo
1		
2		
3		
4		
5		
6		

1.5 Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾:

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

2.1 Miejsce realizacji zadania, cel dofinansowania, uzasadnienie składanego wniosku:

Rzeszów, warsztaty na temat poprawnej diety osób z cukrzycą

Choruje na cukrzycę, niezbędna mi jest powyższa wiedza do prawidłowego funkcjonowania.

2.2 Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

1-2. 10. 2016

2.3 Przewidywana liczba godzin usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika:

12 godziny

3. Kwota wnioskowanego dofinansowania zł (maksymalnie 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę usługi):

cyframi: **60,00 zł**

(słownie: **sześćdziesiąt złotych zero groszy zł**)

(1) wstawić x we właściwej rubryce

4. Nazwa i adres podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika : Zespół Tłumaczy K. LITWIN, J. CZERNIA S.C. ul. Grunwaldzka 26/4a, 35-068 Rzeszów

5. Nazwa banku i nr rachunku bankowego podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika:

Bank: **Bank PKO Oddział: Rzeszów**

Nr rachunku: **11 1140 2004 0000 3002 6043 1585**

6. Informacja o korzystaniu ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

1). nie korzystałam/em,

2). korzystałam/em ⁽²⁾

a). przedmiot dofinansowania.....

.....

b). data otrzymania dofinansowania, nr umowy, kwota dofinansowania.....

.....

c). rozliczyłam/em się.....

d). jestem w trakcie rozliczenia (stan rozliczenia)

e). nie rozliczyłam/em się (proszę podać powód).....

.....

OŚWIADCZENIE

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: 1523,00 zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym: 1

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

⁽²⁾ właściwe podkreślić

(1) wstawić x we właściwej rubryce

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

..... syn / córka

imię (imiona) i nazwisko

imię ojca

serianrwydany w dniu przez
dowód osobisty
nr PESEL
miejscowość ulica nr domu nr lokalu
adres stałego zameldowania
nr kodu poczta powiat
województwo nr tel. / faxu
ustanowiony Opiekunem* / Pełnomocnikiem*
* postanowieniem Sądu Rejonowegoz dn. sygn. akt
* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
z dnia repet. Nr

Upředzony/a o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku i w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kole

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z realizacją przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kole zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej.

Wysokość dofinansowania usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia /Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926).

Uwaga !

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu (§ 9 ust. 4 ww. Rozporządzenia)

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, lub orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy lub inne orzeczenie równoważne, a w przypadku osób do lat 16 orzeczenie o niepełnosprawności (kopia, oryginał do wglądu).
2. Aktualne zaświadczenie od lekarza specjalisty, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu (zgodnie z załącznikiem)
3. Oferta na wykonanie usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika.
4. Potwierdzenie posiadania przez tłumacza języka migowego wpisu do rejestru Wojewody
5. Zaświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą za ostatni kwartał.

Malwina Kita

**(czytelny podpis Wnioskodawcy* / Przedstawiciela ustawowego* /
Opiekuna prawnego* / Pełnomocnika*)**