



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Nr sprawy..... data wpływu.....

## W N I O S E K

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

### I. DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY

**DANE WNIOSKODAWCY**  
(DZIECKA/PODOPIECZNEGO) – właściwe podkreślić

IMIĘ..... NAZWISKO .....

DATA URODZENIA..... PESEL

MIEJSCOWOŚĆ..... KOD POCZTOWY   -

ULICA ..... NR DOMU..... NR MIESZKANIA.....

DOWÓD OSOBISTY SERIA.....nr..... WYDANY W DNIU..... PRZEZ.....

..... TELEFON.....

**DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO/PEŁNOMOCNIKA**  
właściwe podkreślić

IMIĘ..... NAZWISKO.....

DATA URODZENIA..... PESEL

MIEJSCOWOŚĆ..... KOD POCZTOWY   -

ULICA ..... NR DOMU..... NR MIESZKANIA.....

DOWÓD OSOBISTY SERIA.....nr..... WYDANY W DNIU..... PRZEZ.....

..... TELEFON.....

**1. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik** (proszę wstawić X we właściwej rubryce)

<b>Znaczny</b>	
I grupa inwalidzka	
Osoba całkowicie niezdolna do pracy i do samodzielnej egzystencji	
Osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
<b>Umiarkowany</b>	
II grupa inwalidzka	
Osoba całkowicie niezdolna do pracy	
<b>Lekki</b>	
Osoby częściowo niezdolne do pracy	
Osoby stale i długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
Inwalidzi III grupy	
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności	
<b>Orzeczenie ważne do:</b>	

**2. Rodzaj niepełnosprawności** (proszę wstawić X we właściwej rubryce)

1. dysfunkcja narządu wzroku	
2. dysfunkcja narządu słuchu	
3. dysfunkcja narządu mowy	
4. inny/jaki? .....	

**3. Sytuacja zawodowa**

1. Zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. Osoba w wieku od 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
3. Bezrobotny poszukujący pracy*/rencista poszukujący pracy*	
4. Rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. Osoby utrzymujące się z zasiłków z pomocy społecznej	
6. Dzieci, młodzież do lat 18	

\* niepotrzebne skreślić

**4. Średni dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy**

Średni miesięczny dochód netto w gospodarstwie domowym	
Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	
Średni dochód miesięczny netto na osobę	

## 5. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

korzystałem/łam:

TAK

NIE

Lp.	Numer umowy (jeśli dotyczy)	Cel umowy	Data przyznanego dofinansowania	Kwota przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia

## 6. Cel dofinansowania

Rodzaj usługi	
Usługa tłumacza języka migowego	
Usługa tłumacza- przewodnika	

## 7. Miejsce realizacji zadania

.....  
.....

## 8. Uzasadnienie wniosku

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

## 9. Przewidywany koszt realizacji zadania:

*Wysokość dofinansowania usług tłumacza migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2 % przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia.  
Dofinansowanie nie może obejmować kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.*

1/ przewidywany koszt usługi jednej godziny tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika .....zł.

(słownie: .....)

2/ przewidywana łączna liczba godzin usług tłumacza języka migowego lub tłumacza Przewodnika ..... godz.

3/ **Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON** ..... zł.

(słownie: .....)

**10. Nazwa i adres podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka migowego lub tłumacza Przewodnika:**

.....  
.....

**11. Sposób przekazania dofinansowania ze środków PFRON**

- przelewem na rachunek bankowy wskazany w fakturze,
- przelewem na wskazane poniżej konto:

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

.....

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

**II. Oświadczenia:**

1. 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.
2. Oświadczam, iż przed złożeniem wniosku zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych, która dostępna jest w siedzibie PCPR w Wodzisławiu Śląskim oraz na stronie [www.pcpr-wodzislaw.pl](http://www.pcpr-wodzislaw.pl), a Administratorem danych osobowych jest Dyrektor, reprezentujący Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wodzisławiu Śląskim.
3. Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r.-Kodeks Karny (Dz. U. z 2018, poz. 1600) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
4. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Dyrektora PCPR o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, mających wpływ na sposób jego rozpatrzenia.

.....  
podpis wnioskodawcy/ przedstawiciela

**Załączniki do wniosku:**

<b>Nazwa załącznika</b>		<b>Dołączono do wniosku*</b>
1.	Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu)	
2.	Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnoprawności oraz uzasadnienie celowości korzystania z usług tłumacza języka migowego, tłumacza-przewodnika – druk w załączeniu,	
3.	Oferta na wykonanie usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika	
4.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym (jeżeli dotyczy) - opiekuna prawnego lub pełnomocnika (oryginał do wglądu).	
5.	Dokument potwierdzający znajomość polskiego języka migowego (PJM), systemu językowo-migowego (SJM), sposobów komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN) przez osobę wykonującą usługę (np. zawiadomienie o wpisie do rejestru Wojewody) lub oświadczenie wypełnione i podpisane przez osobę, która będzie wykonywała usługę	
6.	Inne dokumenty (jakie)	

\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

.....  
(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki zawodowej)

.....,dnia.....

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb PCPR  
(prosimy wypełnić czytelnie)

**Imię i Nazwisko pacjenta**.....

**Nr PESEL**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

.....  
.....

**2. Opis rodzaju schorzenia:**

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

**3. Uzasadnienie korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika:**

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

.....  
(pieczętka i podpis lekarza specjalisty)

**!**  
• **Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista.**

---

! Podczas składania wniosku należy przedłożyć do wglądu dokument potwierdzający wysokość dochodu dla każdego pełnoletniego członka wspólnego gospodarstwa domowego.

Przykłady dokumentów potwierdzających dochód:

- zaświadczenie o zarobkach z zakładu pracy,
  - decyzja o przyznaniu renty lub emerytury,
  - ostatnia waloryzacja emerytury,
  - ostatni odcinek wypłaty renty lub emerytury,
  - zaświadczenie z ZUS/KRUS o otrzymywaniu renty lub emerytury,
  - itp.
-