

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

**I. Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)**

..... syn/córka .....

*nazwisko i imię/imiona* *imię ojca*

seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....

*dowód osobisty*

ważny do dnia ..... nr PESEL .....

miejsowość ..... ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

nr kodu ..... - ..... poczta ..... województwo/ powiat ..... / .....

nr telefonu .....

**1. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik** <sup>(1)</sup>

<b>1. znaczny,</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• inwalida I grupy</li><li>• osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji,</li><li>• osoba stale lub długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny</li></ul>	
<b>2. umiarkowany,</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• inwalida II grupy,</li><li>• osoba całkowicie niezdolna do pracy,</li></ul>	
<b>3. lekki,</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• inwalida III grupy,</li><li>• osoba częściowo niezdolna do pracy,</li><li>• osoba stale lub długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym bez prawa do zasiłku pielęgnacyjnego</li></ul>	

**2. Rodzaj niepełnosprawności** <sup>(1)</sup>

Dysfunkcja narządu słuchu, mowy	
Inne (wymienić jakie): ..... .....	

(1) wstawić X we właściwej rubryce

(1)

## II. Sytuacja zawodowa

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*	
4.	emeryt */ rencista*	
5.	dzieci i młodzież do lat 18	

(1)

## III. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje

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

(1)

## IV. Cel dofinansowania - wnioskuję o dofinansowanie do:

- a)  Tłumacza języka migowego
- b)  Tłumacza – przewodnika

## V. Miejsce realizacji zadania i uzasadnienie składanego wniosku:

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

## VI. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

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

## VII. Przewidywany koszt realizacji zadania:

- 1) przewidywany koszt usługi jednej godziny tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika ..... zł (słownie: ..... złotych),
- 2) przewidywana łączna liczba godzin usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika ..... godzin.

*Informujemy, że zgodnie z § 13 ust. 6 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. Z późniejszymi zmianami w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych wysokość dofinansowania usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika **nie może być wyższa niż 2% przeciętnej wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia.***

## VIII. Wnioskowana łączna kwota dofinansowania

(tj.: kwota usługi z pkt 6 ust. 1 x liczba godzin z pkt 6 ust. 2: ..... zł.  
(słownie: ..... złotych)

Informujemy, że zgodnie z § 9 ust.3 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. z późniejszymi w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.**

\*

*niepotrzebne skreślić*

*(I) wstawić X we właściwej rubryce*

**IX. Nazwa i adres podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika :**

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

*Usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika dofinansowane ze środków PFRON może wykonywać osoba, która jest tłumaczem wpisanym w rejestrze Wojewody. **Wykaz dostępny na stronie Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi : [www.lodz.uw.gov.pl](http://www.lodz.uw.gov.pl)** (zakładka Wydziały – Wydział Polityki Społecznej – Sprawy, którymi zajmuje się wydział – pkt 29. Rejestr tłumaczy polskiego języka migowego (PJM), systemu językowo-migowego (SJM) i sposobu komunikowania się osób głuchoniemych (SKOGN) – plik Wyciąg z rejestru).*

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

Bank .....

Nr rachunku .....

(1)

**XI. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON :**

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:  TAK  NIE

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:  TAK  NIE

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....

.....

**Uwaga!** Za „wymagalne zobowiązanie“ należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął.

(1) wstawić X we właściwej rubryce

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik**

..... syn/córka .....  
*nazwisko i imię/imiona* *imię ojca*

seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....  
*dowód osobisty*

ważny do dnia ..... nr PESEL .....

miejsowość ..... ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

nr kodu ..... - ..... poczta ..... województwo/ powiat ..... / .....

\* \*  
ustanowiony opiekunem /pełnomocnikiem

.....

\*  
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. .... sygn. akt / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....  
z dn. .... repert. nr .....

.....

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

**Załączniki do wniosku:**

- kopia orzeczenia 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 (oryginał do wglądu)
- aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione czytelnie, w języku polskim przez lekarza specjalistę, potwierdzające rodzaj schorzenia lub dysfunkcji oraz indywidualne potrzeby osoby

niepełnosprawnej (ze wskazaniem, że wnioskodawca wymaga pomocy tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika) – zgodnie z załącznikiem

- kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego (oryginał do wglądu)

\*

*niepotrzebne skreślić*

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

(Imię)

.....

(Nazwisko)

.....

(Adres zamieszkania)

### **Oświadczam, że:**

1. byłem(am) stroną umowy zawartej na dofinansowanie ze środków PFRON i rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  
 tak  
 nie
2. posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego,
3. podane informacje są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
4. wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie  
ze środków PFRON usługi tłumacza języka migowego  
lub tłumacza – przewodnika

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
(wystawione przez lekarza specjalistę )

**Imię i nazwisko** .....

**PESEL** .....

**Adres zamieszkania** .....

.....

**1. Rozpoznanie lekarskie i opis rodzaju schorzenia:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**2. Uzasadnienie korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika:**

.....

.....

.....

.....

.....  
.....

.....  
data

.....  
pieczętka i podpis lekarza