

.....
data wpływu

.....
numer wniosku

WNIOSEK

o dofinansowanie usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika*

Uwaga, przed wypełnieniem wniosku proszę zapoznać się z zasadami i procedurami przyznawania osobie fizycznej dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usługi tłumacza migowego lub tłumacza - przewodnika

Wnioskodawca (wypełnić drukowanymi literami)

imię (imiona), i nazwisko syn/córka

dowód osobisty seria numer wydany w dniu

przez

numer PESEL adres.....

.....
telefon

Proszę o dofinansowanie

(podać rodzaj usługi)

.....
w okresie od.....do.....łącznie godzin.....

na kwotęsłownie.....

Przewidziany koszt realizacji zadania.....

Miejsce realizacji zadania

Wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika* za godzinę jej świadczenia nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych źródeł pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną wykonania usługi pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Krótkie uzasadnienie składającego wniosek

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informacje o Wnioskodawcy

I. Stopień niepełnosprawności (lub jego odpowiednik)

1.	Znaczny	
	inwalidzi I grupy	
	osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji	
	osoby stale lub 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	
	inwalidzi II grupy	
	osoby całkowicie niezdolne do pracy	
	inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3.	Lekki	
	pozostali inwalidzi III grupy	
	osoby częściowo niezdolne do pracy	
	osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

II. Rodzaj niepełnosprawności

1.	dysfunkcja narządu wzroku	
2.	dysfunkcja narządu słuchu	
3.	dysfunkcja narządu mowy	

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

l.p.	pokrewieństwo	niepełnosprawność		dochód netto
		stopień	rodzaj	

IV. Sytuacja zawodowa

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

V. Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

1.	na usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika*	
	nie korzystałem	
	Korzystałem	
a/	przedmiot dofinansowania	
b/	data otrzymania dofinansowania	
c/	kwota dofinansowania	
2.	korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się	
3.	korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia	
4.	korzystałem i nie rozliczyłem się	

VI. Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, we wspólnym gospodarstwie domowym,

obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi

liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym

dochód na osobę

.....

data

.....

podpis

Uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2,3 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, a mających wpływ na jego realizację zobowiązuję się powiadomić w ciągu 7 dni.

.....

data

.....

podpis

Zostałem/łam poinformowany/na, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

.....

data

.....

podpis

* właściwe podkreślić

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

imię i nazwisko syn / córka

dowód osobisty seria numer wydany w dniu

przez

numer PESEL numer NIP

adres

telefon

ustanowiony opiekunem / pełnomocnikiem

postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia

sygn. akt

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza

numer z dnia

Załączniki do wniosku :

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o niepełnosprawności, jeżeli rodzaj tej niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu.
4. Zaświadczenie lekarskie bądź innego specjalisty o konieczności korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika.
5. Dowód osobisty do wglądu