

Wniosek  
Data wpływu:  
Nr sprawy:

, Rehabilitacja społeczna – Usługa tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

##### ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
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

##### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
--------------	---

**ADRES ZAMIESZKANIA**

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

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	

<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

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

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

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

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<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
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<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"/> CbxRn0402} 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

<b>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:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne  wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:**

### 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 finansowych 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. CEL DOFINANSOWANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Rodzaj dofinansowania:	
Cel dofinansowania:	

**II. KOSZTY REALIZACJI**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
Słownie:	
<b>Liczba godzin:</b>	
<b>Cena za godzinę:</b>	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
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
<b>Miejsce realizacji:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji:</b>	

**IV. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH**

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Właściciel konta:</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

- W kasie lub przekazem pocztowym  
 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

Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

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

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem 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 zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

#### KLAUZULA INFORMACYJNA

dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

W celu realizacji obowiązku wynikającego z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane dalej RODO) prosimy o zapoznanie się z poniższymi informacjami

Administrator danych osobowych

Administratorem Pani/Pana lub dziecka/podopiecznego \*danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, ul. Wileńska 29A, 05-200 Wołomin, reprezentowane przez Dyrektora.

Inspektor Ochrony Danych

Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, należy skontaktować się poprzez adres email: [iod@pcprwolomin.pl](mailto:iod@pcprwolomin.pl) lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

Cele i podstawa prawna przetwarzania danych

Przetwarzanie Pani/Pana lub dziecka/podopiecznego \* danych osobowych odbywa się

a) na podstawie z art. 6 ust.1 lit. c - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa tj.:

• art. 35 a ust. 1 pkt 7 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2021 poz. 573)

- paragraf 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U z 2015 poz. 926)

#### Odbiorcy danych osobowych

Pani/Pana lub dziecka/podopiecznego\* dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

- a) właściwym organom, sądom oraz instytucjom państwowym i samorządowym lub innym instytucjom wykonującym powierzone zadania publiczne, jeżeli obowiązek ujawnienia/przekazania danych wynika z obowiązujących przepisów prawa lub jest to niezbędne celem dochodzenia praw lub roszczeń Administratora Danych Osobowych

Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG):

Administrator Danych Osobowych nie przekazuje Pana/Pani lub dziecka/podopiecznego \*danych do państw trzecich tj. poza terytorium EOG (obejmujący Unie Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

#### Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami prawa tj. okres przechowywania danych obejmuje okres konieczny do rozliczenia przyznanego dofinansowania oraz okres konieczny do ustalenia prawa do jego przyznania.

#### Prawa osoby, której dane dotyczą

W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego\* danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do treści danych;
- sprostowania (poprawiania) danych, w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
- ograniczenia przetwarzania danych;
- przenoszenia danych;
- sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
- usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym)..

#### Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Może Pan/i również wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku niezgodnego z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych.

#### Czy podanie danych jest obowiązkowe?

Przetwarzanie pozyskanych od Pani/Pana danych opiera się na zasadzie dobrowolności, jednakże odmowa podania danych niemożliwi Pani/Pana dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

#### Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pana/i dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

<b>Lp.</b>	
1	Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci do lat 16 – orzeczenie o niepełnosprawności, w przypadku orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym – kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego
2	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekuna prawnego
3	Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę w sposób czytelny zawierający informację o rodzaju posiadanych schorzeń ( zgodnie z załącznikiem ) – w przypadku orzeczenia, w którym brak jest zapisu dotyczącego przyczyny niepełnosprawności ( załącznik nr 1 do wniosku )