

Pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

data wpływu wniosku

Nr sprawy.....

W N I O S E K

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

I. WNIOSKODAWCA (proszę wypełniać czytelnie)

.....syn/córka.....
Imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

Dokument stwierdzający tożsamość: Seria..... Nr..... ważny do.....
(dowód osobisty)

Wydany przez.....PESEL.....

miejsowość.....ulica.....
(adres zamieszkania)

nr domu.....nr lokalu..... Tel. Kontaktowy.....

.....
(adres stałego zameldowania jeżeli jest inny niż powyżej)

II. DOKUMENT STWIERDZAJĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ:

- wydany na stałe
- na czas określony do.....

Stoień niepełnosprawności

1. znaczny /inwalidzi I grupy/ /osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji/	
2. umiarkowany inwalidzi II grupy/ /osoby całkowicie niezdolne do pracy/	
3. lekki / inwalidzi III grupy/ /osoby częściowo niezdolne do pracy/	
4. osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 01.01.1998 r.	
5. osoby w wieku do 16 lat z orzeczeniem o niepełnosprawności	

III. SYTUACJA ZAWODOWA

1. zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodzież w wieku od lat 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. dzieci i młodzież do lat 18	

VII. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA, TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS ORAZ KOSZT JEGO REALIZACJI

Miejsce realizacji	Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji	Liczba godzin	Przewidywany koszt (brutto)	Kwota wnioskowana ze środków PFRON

VIII. NAZWA BANKU ORAZ NUMER RACHUNKU BANKOWEGO /wnioskodawcy, tłumacza /

- właściwe podkreślić

.....
.....

Oświadczam, że posiadam/ nie posiadam* zaległości wobec Funduszu

Oświadczam, że byłem/ nie byłem* / właściwe podkreślić / w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów związanych z udzieleniem dofinansowania ze środków PFRON

.....
(podpis Wnioskodawcy*/Przedstawiciela ustawowego*/
opiekuna prawnego*/Pełnomocnika*)

Uwaga

1. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.

2. Wysokość dofinansowania nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia.

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

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

seria.....nrwydany w dniuprzez.....
dowód osobisty

nr PESEL miejscowość.....

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

nr tel.(z nr kier.).....

ustanowiony Opiekunem*/Pełnomocnikiem*.....

*postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.sygn. Akt.....

*na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza.....

z dnia..... repet. Nr

*- *niepotrzebne skreślić*

Załączniki do wniosku:

1. Dowód osobisty do wglądu
2. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej Wnioskodawcy (oryginał do wglądu).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę słuchu wystawione przez lekarza specjalistę
4. Oferta cenowa usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika
5. Zaświadczenie ze szkoły o kontynuacji nauki – o ile dotyczy
6. Kopia dokumentu potwierdzającego pełnomocnictwo- o ile dotyczy

