

Data wpływu:

Nr sprawy:

## 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<br><input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania<br><input type="checkbox"/> do zawarcia umowy<br><input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br><input type="checkbox"/> do złożenia wniosku<br><input type="checkbox"/> inne |

| DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY |                                                                     |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Nazwa pola                   | Do uzupełnienia                                                     |
| Imię:                        |                                                                     |
| Drugie imię:                 |                                                                     |
| Nazwisko:                    |                                                                     |
| PESEL:                       |                                                                     |
| Data urodzenia:              |                                                                     |
| Płeć                         | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

**ADRES ZAMIESZKANIA**

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

**ADRES KORESPONDENCYJNY**
☐ Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola    | Do uzupełnienia |
|---------------|-----------------|
| Województwo:  |                 |
| Powiat:       |                 |
| Gmina:        |                 |
| Miejscowość:  |                 |
| Ulica:        |                 |
| Nr domu:      |                 |
| Nr lokalu:    |                 |
| Kod pocztowy: |                 |
| Poczta:       |                 |

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

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

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

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

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

| Nazwa pola                                                           | Do uzupełnienia                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie                                                                                       |
| Stopień niepełnosprawności:                                          | <input type="checkbox"/> Znaczny<br><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br><input type="checkbox"/> Lekki<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |

|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Numer orzeczenia:</b>                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupa inwalidzka:</b>                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Niezdolność:</b>                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe<br><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne<br><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> osoba głucha<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<br><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma<br><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych<br><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja<br><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego<br><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne<br><input type="checkbox"/> 11-I – inne<br><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<br><input type="checkbox"/> nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><input type="checkbox"/> 3 przyczyny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

**ŚREDNI DOCHÓD****Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**☐ indywidualne    ☐ wspólne**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

..... zł

**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 (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

☐ 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

Upředzony/upředzona 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 RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

#### Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

#### Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

#### Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

#### Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego

wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

#### Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

#### Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

#### Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

#### Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

#### Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych.

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp.                      |                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Orzeczenie o niepełnosprawności.                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | Dokument potwierdzający prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej w przypadku składania wniosku przez przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika (jeżeli dotyczy). |
| <input type="checkbox"/> | Zaświadczenie lekarskie (załącznik Nr 1).                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | Oferta cenowa na usługi tłumacza języka migowego / tłumacza przewodnika.                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> | Dokumentu potwierdzający wpis do rejestru tłumacza języka migowego PJM, SJM, SKOGN (dotyczy wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługę).                                               |

### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. |  |
|-----|--|
|     |  |
|     |  |
|     |  |
|     |  |

### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

| Lista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Orzeczenie o niepełnosprawności.</li> <li>2) Dokument potwierdzający prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej w przypadku składania wniosku przez przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika (jeżeli dotyczy)</li> <li>3) Zaświadczenie lekarskie (załącznik Nr 1).</li> <li>4) Oferta cenowa na usługi tłumacza języka migowego / tłumacza przewodnika.</li> <li>5) Dokumentu potwierdzający wpis do rejestru tłumacza języka migowego PJM, SJM, SKOGN (dotyczy wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługę).</li> </ol> <p><b>Uwaga !</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wyboru tłumacza dokonuje osoba niepełnosprawna.</li> <li>2) Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON (§ 9 ust. 4 w/w rozporządzenia).</li> </ol> |

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

**ZAŚWIADCZENIE**  
**LEKARZA O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lipsku  
**- usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika**  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia ..... PESEL.....

Adres zamieszkania .....

.....

1. Opis schorzenia /choroby: .....

.....

.....

.....

2. Pacjent posiada schorzenie lub dysfunkcję\*:

☐ słuchu

☐ mowy

☐ inne (jakie ?): .....

3. Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego / usług  
tłumacza przewodnika\*:

☐ nie

☐ tak – uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)