



PCPR-ZOAR-404-...../.....  
nr kolejny wniosku

.....  
data złożenia wniosku

**WNIOSEK**

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

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

Imię i nazwisko: ..... nr PESEL .....

Zamieszkały(a) miejscowość .....

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

nr kodu ..... poczta .....

[ ] wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. nr telefonu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu w celu kontaktowania się ze mną w sprawach związanych z dofinansowaniem usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika: Numer telefonu: .....

**Przedstawiciel ustawowy (opiekun prawny lub pełnomocnik)**

[ ] wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. numer telefonu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu w celu kontaktowania się ze mną w sprawach związanych z dofinansowaniem usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika dla podopiecznego/dziecka.

Imię i nazwisko:..... Numer telefonu: .....

Zamieszkały(a) miejscowość .....

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

nr kodu ..... poczta .....

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem .....

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

**2. Oświadczenie**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił .....zł. Liczba osób wspólnie zamieszkałych wynosi: .....

Sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

$$\text{średni miesięczny dochód przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą} = \frac{\text{łączny średni miesięczny dochód wszystkich osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym}}$$

**3. Nazwa banku i numer rachunku bankowego**

<b>Nazwa banku</b>	<b>Numer rachunku bankowego</b>

**2. Przedmiot dofinansowania** (proszę przedstawić opis, co dla osoby niepełnosprawnej stanowi barierę)

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

3. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania. WNIOSKUJĘ O DOFINANSOWANIE DO (właściwie zaznaczyć X)

Tłumacza języka migowego

Tłumacza – przewodnika

Inne: .....

4. Przewidywany koszt realizacji zadania:

5. Cyframi:.....

6. Słownie:.....

7. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania .....

8. **Uzasadnienie składanego wniosku.**

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

Oświadczam, że przyjąłem/przyjęłam do wiadomości i akceptuję, iż wysokość dofinansowania usług tłumacza migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2 % przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia. Usługa może być realizowana wyłącznie przez osobę, która jest tłumaczem przysięgłym, zarejestrowanym przez Wojewodę i prowadzącą działalność gospodarczą.

Załączniki do wniosku:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie wg wzoru,
2. **Kopia orzeczenia o niepełnosprawności** lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu).
3. Wycena kosztów usługi tłumacza,
4. W przypadku kiedy wniosek składany jest przez pełnomocnika, opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego, kopia Postanowienia Sądu Rejonowego lub pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza (oryginały do wglądu),
5. W przypadku, kiedy osoba niepełnosprawna składająca wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON nie może podpisać się na wniosku (lecz mogąca czytać), wtedy należy dołączyć do wniosku:
  - a. kopię dowodu osobistego Wnioskodawcy (oryginał do wglądu),
  - b. odcisk atramentowy palca Wnioskodawcy stawianego w miejscu podpisu,
  - c. czytelny podpis pod odciskiem Wnioskodawcy, złożony przez osobę, która potwierdza że jest to odcisk Wnioskodawcy.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych wynikającej z Kodeksu Karnego ( Dz. U. Nr 88 poz. 553 ze zm.) **O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.**

Wałbrzych dnia.....

.....  
*Podpis osoby niepełnosprawnej  
lub imię i nazwisko opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego*

Data .....

.....  
(podpis osoby przyjmującej wniosek)

## **Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO)

Informujemy, że:

1. Administratorem danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu z siedzibą przy Al. Wyzwolenia 20-24, 58-300 Wałbrzych.
2. Podane dane są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze oraz art. 9 ust. 2 lit. b) RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora w dziedzinie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, które wynikają z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 926 ze zm.).
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu udzielenia dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
5. W przypadku przetwarzania danych na podstawie udzielonej zgody, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
6. Pani/Pana dane osobowe będą udostępnione Starostwu Powiatowemu.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą podległy profilowaniu.
8. Podanie danych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika, nie jest obowiązkowe, ale jest warunkiem niezbędnym do rozpatrzenia Pani/Pana wniosku. Wynika to stąd, że Administrator może żądać ich podania na podstawie przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz wydanych do niej przepisów wykonawczych. Podanie danych na podstawie udzielonej zgody jest dobrowolne i ich niepodanie nie ma wpływu na rozpatrzenie Pani/Pana wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika.
9. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z Zarządzeniem Dyrektora nr 35 z dnia 14 grudnia 2010 r.
11. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych u Administratora:  
Adres e-mail: [iod@pcpr.walbrzych.pl](mailto:iod@pcpr.walbrzych.pl)  
Nr telefonu: 698 054 582  
Adres do korespondencji: Al. Wyzwolenia 20 – 24, 58 – 300 Wałbrzych.

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....  
(data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb PCPR- w związku z ubieganiem się o dofinansowanie tłumacza języka migowego

Imię i nazwisko.....

zamieszkała (y).....

PESEL.....

### 1. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

dysfunkcja narządu wzroku ( osoba niewidoma, osoba niedowidząca)

dysfunkcja narządu słuchu ( osoba niesłysząca, osoba niedosłysząca)

dysfunkcja mowy

inne schorzenia.....

### 2. Używane, na co dzień zaopatrzenie ortopedyczne:

aparat słuchowy

system FM

inne specjalistyczne oprzyrządowanie.....

### 3. Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika (zaznaczyć właściwe):

Nie

Tak – uzasadnienie:

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)