

	W N I O S E K o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego/ tłumacza-przewodnika		MOPR-TJM/TP	
	(data wpływu wniosku)		nr sprawy: DRS.	
I. DANE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)				
1. Nazwisko		2. Imię		
3. Numer PESEL		4. Numer dowodu osobistego		
5. Organ wydający dowód osobisty				
6. Data wydania dowodu osobistego		7. Numer telefonu/ telefaxu		
8. Adres zamieszkania				
miejsowość BIAŁYSTOK	kod pocztowy 15 -	ulica	numer domu	numer lokalu
9. Czy w imieniu Wnioskodawcy występuje inna osoba TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>				
II. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO LUB PEŁNOMOCNIKA				
10. Osoba reprezentująca Wnioskodawcę Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Pełnomocnik <input type="checkbox"/> Inna <input type="checkbox"/>				
11. Nazwisko		12. Imię		
13. Numer PESEL		14. Numer dowodu osobistego		
15. Organ wydający dowód osobisty				
16. Data wydania dowodu osobistego		17. Numer telefonu/ telefaxu		
18. Adres zamieszkania				
miejsowość	kod pocztowy	ulica	numer domu	numer lokalu
Ustanowiona(y) opiekunem/ pełnomocnikiem <input type="checkbox"/> postanowieniem Sądu w z dn. sygn. akt				
<input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa z dn. potwierdzonego przez				
rep Nr.....				

III. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

19. Rodzaj usług

Tłumacz języka migowego <input type="checkbox"/>	polski język migowy (PJM) <input type="checkbox"/>	system językowo-migowy (SJM) <input type="checkbox"/>
Tłumacz-przewodnik <input type="checkbox"/>	sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN) <input type="checkbox"/>	
	jaki (wskazać metodę komunikowania się)	
	zapewnienie pomocy w dotarciu na miejsce i powrocie <input type="checkbox"/>	

20. Opis usług (zakres, sytuacja/ zdarzenie, w których mają być świadczone)

21. Miejsce realizacji zadania (miejsce wykonania usług)

22. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

23. Przewidywany koszt realizacji zadania (koszt usług)

24. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON

IV. CEL DOFINANSOWANIA

(efekty, których osiągnięcie przewiduje osoba niepełnosprawna dzięki skorzystaniu z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika)

V. UZASADNIENIE WNIOSKU

VI. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

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.

Oświadczam, że liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

VII. INFORMACJA O KWOTACH PRYZNANYCH ZE ŚRODKÓW PFRON		
26. Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON		
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
27. Cel dofinansowania	28. Data przyznania dofinansowania	29. Numer zawartej umowy/numer wniosku
30. Kwota dofinansowania	31. Stan rozliczenia (właściwe zaznaczyć)	
	Rozliczyłam(em) się <input type="checkbox"/> Jestem w trakcie rozliczania się <input type="checkbox"/> Nie rozliczyłam(em) się <input type="checkbox"/>	
VIII. OŚWIADCZENIE I PODPIS WNIOSKODAWCY LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ		
<p>Świadoma(y) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600 ze zm.), oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą. Oświadczam ponadto, że Wnioskodawca nie ma zaległości wobec PFRON i że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie był stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy. O wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od ich wystąpienia.</p>		
1. Wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia. 2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON. 3. Dofinansowanie ze środków PFRON nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec PFRON lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.		
Miejscowość	Data	Własnoręczny czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej
<p>Do wniosku należy dołączyć:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub jego odpowiednika (oryginał dokumentu do wglądu). Aktualne zaświadczenie lekarza, pod którego opieką pozostaje osoba niepełnosprawna potwierdzające chorobę słuchu. Zaświadczenie ze szkoły – dotyczy osób uczących się. <p>Przy składaniu wniosku wymagane jest okazanie dowodu osobistego Wnioskodawcy i osoby upoważnionej do jego reprezentowania.</p>		
Poniższe rubryki wypełnia Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku		
Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Białymstoku		
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
Przedmiot dofinansowania	Numer i data zawartej umowy	Kwota dofinansowania
Uwagi	Data i podpis pracownika	