(data wpływu wniosku)	**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** 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

miejscowość	kod pocztowy	ulica	numer domu	numer lokalu
BIAŁYSTOK	15 -			

9. Czy w imieniu Wnioskodawcy występuje inna osoba **TAK** ☐ **NIE** ☐

II. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO LUB PEŁNOMOCNIKA

10. Osoba reprezentująca Wnioskodawcę

Opiekun prawny ☐ Pełnomocnik ☐ Inna ☐

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

miejscowość	kod pocztowy	ulica	numer domu	numer lokalu
	-			

Ustanowiona(y) opiekunem/ pełnomocnikiem

☐ postanowieniem Sądu ..... w .....
z dn. ..... sygn. akt .....

☐ na mocy pełnomocnictwa z dn. ..... potwierdzonego przez
..... rep Nr.....

III. PRZEDMIOT DOFINANASOWANIA

19. Rodzaj usług

Tłumacz języka migowego ☐ polski język migowy (PJM) ☐
system językowo-migowy (SJM) ☐

Tłumacz-przewodnik ☐
sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN) ☐
……..jaki (wskazać metodę komunikowania się) ……....
……..
zapewnienie pomocy w dotarciu na miejsce i powrocie ☐

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 PRZYZNANYCH ZE ŚRODKÓW PFRON		
26. Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON **TAK** ☐ **NIE** ☐		
27. Cel dofinansowania	28. Data przyznania dofinansowania	29. Numer zawartej umowy/numer wniosku
30. Kwota dofinansowania	31. Stan rozliczenia (właściwe zaznaczyć) Rozliczyłam(em) się ☐ Jestem w trakcie rozliczania się ☐ Nie rozliczyłam(em) się ☐	

VIII. OŚWIADCZENIE I PODPIS WNIOSKODAWCY LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ

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 2025 r. poz. 383), 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.

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

Do wniosku należy dołączyć:

1. Kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub jego odpowiednika.
2. Aktualne zaświadczenie lekarza, pod którego opieką pozostaje osoba niepełnosprawna potwierdzające chorobę słuchu.
3. Zaświadczenie ze szkoły – dotyczy osób uczących się.

<table>
<tr><th colspan="3">Poniższe rubryki wypełnia Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku</th></tr>
<tr><td colspan="3">Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Białymstoku
TAK ☐ NIE ☐</td></tr>
<tr><td>Przedmiot dofinansowania</td><td>Numer i data zawartej umowy</td><td>Kwota dofinansowania</td></tr>
<tr><td colspan="2">Uwagi</td><td>Data i podpis pracownika</td></tr>
</table>