

.....
data wpływu wniosku

.....
numer wniosku

W N I O S E K
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza -
przewodnika

Dane Wnioskodawcy (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

IMIĘ I NAZWISKO, Dowód

osobisty seria..... nr wydany w dniu przez

ważny do nr PESEL.....

Adres zamieszkania

numer telefonu/faxu/email

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

1. Znaczny, <ul style="list-style-type: none"> • inwalidzi I grupy • osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji • osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny • dziecko do 16 roku życia z orzeczoną niepełnosprawnością 	
2. Umiarkowany <ul style="list-style-type: none"> • inwalidzi II grupy • osoby całkowicie niezdolne do pracy 	
3. Lekki <ul style="list-style-type: none"> • inwalidzi III grupy • osoby częściowo niezdolne do pracy • osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym 	

Rodzaj niepełnosprawności (1)

1. dysfunkcja narządu słuchu	
2. dysfunkcja narządu mowy	
3. inny rodzaj niepełnosprawności	

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

Sytuacja zawodowa (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą	
Osoba w wieku od 18 lat do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
Osoba pracująca i ucząca się	
Bezrobotny/a zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Bezrobotny poszukujący/a pracy zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Osoba nieaktywna zawodowo / nie poszukująca pracy	
Dzieci i młodzież do lat 18	

Dochody i liczba członków gospodarstwa domowego

Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

- prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe
- prowadzę wspólne gospodarstwo domowe

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, wyniósł zł, słownie

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Informacja o korzystaniu ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON				tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Cel (zadanie, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało dofinansowane ze środków PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Stan rozliczenia	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Razem uzyskane dofinansowanie:					

Przedmiot dofinansowania

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

Miejsce realizacji zadania

.....

Cel dofinansowania

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

Przewidywany koszt realizacji zadania w zł:

cyframi: słownie:
.....

Kwota wnioskowanego dofinansowania w zł (maksymalnie 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę usługi):

cyframi: słownie:
.....

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....

Nazwę banku i numer rachunku bankowego:

.....

Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika

IMIĘ I NAZWISKO, **Dowód osobisty**

seria..... nr wydany w dniu przez

ważny do nr PESEL

Adres zamieszkania

.....

numer telefonu,

ustanowiony opiekunem* /pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia sygn. akt* /na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia repet. Nr).

*** niepotrzebne skreślić**

1. Oświadczam, że nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na dofinansowanie usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika za pośrednictwem innego samorządu powiatowego.
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Świadoma/y odpowiedzialności karnej oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie poinformować.

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

W związku z rozpoczęciem stosowania z dniem 25 maja 2018 r. Rozporządzenia 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 (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL – ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej RODO) informuję, iż na podstawie art. 13 RODO przysługują Pani/Panu określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych :

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie z siedzibą w Tarnobrzegu ul. M. Kopernika 3, tel.: 15 823 07 38, e-mail:mopr@mopr.pl
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem e - mail (adres e-mail): iod@mopr.pl
3. Dane osobowe Pana/i/ będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i e ogólnego rozporządzenie j/w o ochronie danych w celu rozpatrzenia wniosku o:
 dofinansowanie zadań ze środków PFRON – ustawa z dnia 27 sierpnia 1997r.o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.)

inne

1. Odbiorcami Pana /i/ danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
2. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów dla jakiego zostały zebrane oraz zgodnie z terminami archiwizacji określonymi przez ustawy kompetencyjne lub ustawę z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2017 r. poz. 1257) i ustawę z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym (Dz.U. z 2018 r. poz. 217), w tym Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt.
3. Posiada Pan/i prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody.
4. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych na niezgodne z RODO przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych.
5. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa.

Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z powyższą informacją

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

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

4. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
5. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz konieczności korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika.
6. Oferta na wykonanie usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika.
7. Potwierdzenie posiadania przez tłumacza języka migowego wpisu do rejestru Wojewody.
8. Postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego – w przypadku, gdy Wnioskodawca jest osobą ubezwłasnowolnioną.
9. Pełnomocnictwo notarialne - w przypadku w imieniu Wnioskodawcy z wnioskiem występuje jego pełnomocnik.