

(data i pieczęć wpływu)

WNIOSEK**O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA - PRZEWODNIKA****Uwaga!** – We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, właściwe odpowiedzi zaznaczyć znakiem , ewentualnie wpisać: "NIE DOTYCZY".

W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać "w załączeniu - załącznik nr ..." czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY		
IMIĘ _____	NAZWISKO _____	
DATA URODZENIA: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PESEL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
ADRES / MIEJSCE ZAMIESZKANIA ¹		
ULICA _____	NR DOMU _____	NR LOK. _____
MIEJSCOWOŚĆ _____	KOD POCZTOWY: __ - __ - ____	
DANE PERSONALNE: <input type="checkbox"/> PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO <i>DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY</i> ,		
<input type="checkbox"/> OPIEKUNA PRAWNEGO, <input type="checkbox"/> PEŁNOMOCNIKA, <input type="checkbox"/> KURATORA <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY		
IMIĘ _____	NAZWISKO _____	
DATA URODZENIA: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PESEL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
ADRES / MIEJSCE ZAMIESZKANIA ¹		
ULICA _____	NR DOMU _____	NR LOK. _____
MIEJSCOWOŚĆ _____	KOD POCZTOWY: __ - __ - ____	
DANE DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO PRAWO DO WYSTĘPOWANIA W IMIENIU WNIOSKODAWCY:		
ADRES KORESPONDENCYJNY - <u>NALEŻY WPISAĆ, JEŚLI JEST INNY OD ADRESU ZAMIESZKANIA:</u>		
<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY		
DANE KONTAKTOWE		
TELEFON _____		
E-MAIL _____		
STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> ZNACZNY	<input type="checkbox"/> CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY I DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI LUB CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI	<input type="checkbox"/> I GRUPA
<input type="checkbox"/> UMIARKOWANY	<input type="checkbox"/> CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	<input type="checkbox"/> II GRUPA
<input type="checkbox"/> LEKKI	<input type="checkbox"/> CZĘŚCIOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	<input type="checkbox"/> III GRUPA
<input type="checkbox"/> ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (DZIECI DO 16 ROKU ŻYCIA)		
ORZECZENIE WAŻNE: <input type="checkbox"/> BEZTERMINOWO, <input type="checkbox"/> OKRESOWO DO DNIA: __ - __ - ____		

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> 01-U UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE	<input type="checkbox"/> 02-P CHOROBY PSYCHICZNE	<input type="checkbox"/> 03-L ZABURZENIA GŁOSU, MOWY I CHOROBY SŁUCHU	<input type="checkbox"/> 04-O NARZĄD WZROKU
<input type="checkbox"/> 05-R NARZĄD RUCHU	<input type="checkbox"/> 06-E EPILEPSJA	<input type="checkbox"/> 07-S CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO I KRAŻENIA	<input type="checkbox"/> 08-T CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO
<input type="checkbox"/> 09-M CHOROBY UKŁADU MOCZOWO - PŁCIOWEGO	<input type="checkbox"/> 10-N CHOROBY NEUROLOGICZNE	<input type="checkbox"/> 11-I INNE	<input type="checkbox"/> 12-C CAŁOŚCIOWE ZABURZENIA ROZWOJOWE
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI, JAKIE ? _____			
WNIOSKODAWCA POSIADA DYSFUNKCJĘ: <input type="checkbox"/> SŁUCHU, <input type="checkbox"/> MOWY, <input type="checkbox"/> SŁUCHU I MOWY			
WNIOSKODAWCA JEST OSOBĄ: <input type="checkbox"/> NIEDOWIDZĄCĄ, <input type="checkbox"/> NIEWIDOMĄ, <input type="checkbox"/> GŁUCHONIEWIDOMĄ			

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

OŚWIADCZAM, ŻE **PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD** (W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH²), OBLICZONY ZA KWARTAŁ POPRZEDZAJĄCY **MIESIĄC ZŁOŻENIA WNIOSKU**, PODZIELONY PRZEZ LICZBĘ OSÓB WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM, WYNOŚIŁ: _____ zł.

LICZBA OSÓB WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM WYNOŚI: _____

INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON - ZA OKRES OSTATNICH 5 LAT

CZY WNIOSKODAWCA KORZYSTAŁ ZE ŚRODKÓW PFRON W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT (LICZĄC OD DNIA ZŁOŻENIA WNIOSKU), W TYM POPRZEC PCPR LUB MOPS? TAK NIE

CEL <small>(NAZWA ZADANIA USTAWOWEGO ORAZ /LUB NAZWA PROGRAMU, W RAMACH KTÓREGO PRZYZNANA ZOSTAŁA POMOC)</small>	NR ZAWARCIA UMOWY <small>(O ILE DOTYCZY)</small>	DATA PRZYZNANIA DOFINANS.	STAN ROZLICZENIA <small>- W TRAKCIE REALIZACJI - W TRAKCIE ROZLICZENIA, - ROZLICZONA, - NIEROZLICZONA</small>

CZY WNIOSKODAWCA W CIĄGU TRZECH LAT PRZED ZŁOŻENIEM WNIOSKU BYŁ STRONĄ UMOWY ZAWARTEJ Z PFRON I ROZWIĄZANEJ Z PRZYCZYŃ LEŻĄCYCH PO JEJ STRONIE ? TAK NIE
JEŚLI TAK TO NALEŻY PODAĆ NR I DATĘ ZAWARTEJ UMOWY A TAKŻE PRZYCZYNĘ JEJ ROZWIĄZANIA:

CZY WNIOSKODAWCA POSIADA WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIA WOBEC PFRON ? : TAK NIE
CZY WNIOSKODAWCA POSIADA WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIA WOBEC MOPS ? : TAK NIE
JEŻELI ZAZNACZONO **TAK**, PROSZĘ PODAĆ RODZAJ I WYSOKOŚĆ (W ZŁ) WYMAGALNEGO ZOBOWIĄZANIA:

UWAGA! ZA „WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIE” NALEŻY ROZUMIEĆ ZOBOWIĄZANIE, KTÓREGO TERMIN ZAPŁATY UPŁYŃAŁ

INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM

NAZWA BANKU:

RACHUNEK NR **INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA** USŁUGA TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO; USŁUGA TŁUMACZA - PRZEWODNIKA**MIEJSCE REALIZACJI i CEL DOFINANSOWANIA:****UZASADNIENIE WNIOSKU:****TERMIN ROZPOCZĘCIA i PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA:****PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA**

PRZEWIDYWANY KOSZT JEDNEJ GODZINY USŁUGI TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA - PRZEWODNIKA:	zł
PRZEWIDYWANA ŁĄCZNA LICZBA GODZIN USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA - PRZEWODNIKA:	
OGÓLNY PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA (TJ.: KWOTA USŁUGI X LICZBA GODZIN):	zł
KWOTA WNIOSKOWANA:	zł

DANE DOTYCZĄCE PODMIOTU ŚWIADCZĄCEGO USŁUGĘ TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA - PRZEWODNIKA**NAZWA I ADRES****INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PODMIOTU**

NAZWA BANKU:

RACHUNEK NR **Pouczenie:**

- dofinansowanie usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z posiadanej niepełnosprawności;

2. dofinansowaniu nie podlega świadczenie usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika w organach administracji publicznej, jednostkach systemu, podmiotach leczniczych, jednostkach Policji, Państwowej Straży Pożarnej, straży gminnej oraz jednostkach ochotniczych działających w tych obszarach².
3. Dofinansowaniu nie podlega świadczenie usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika podczas zajęć na uczelni³.

OŚWIADCZAM ŻE:

1. **Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz, że wszystkie informacje zawarte we wniosku o dofinansowanie i w załącznikach do tego wniosku, są zgodne ze stanem faktycznym** - przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania, prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny /DZ . U. 1997 r. Nr 88 poz. 553, ze zm./.
2. **Przyjmuję do wiadomości i stosowania**, że w przypadku ujawnienia podania we wniosku informacji niezgodnych z prawdą, decyzja na postawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez MOPS środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania.
3. **Oświadczam**, że o dofinansowanie ze środków PFRON w/w przedmiotu wniosku ubiegam się wyłącznie w MOPS w Mysłowicach.
4. **Przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji zadania oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków zadania także w dniu podpisania umowy.
5. **Zobowiązuje się**, niezwłocznie poinformować MOPS w Mysłowicach o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, nie później jednak niż w terminie 7 dni od ich wystąpienia.
6. **Przyjmuję do wiadomości i stosowania**, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez MOPS w Mysłowicach oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną.
7. **Przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na konto Sprzedawcy / Wykonawcy, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub innego dokumentu księgowego.
8. **Przyjmuję do wiadomości i stosowania**, że kwota dofinansowania **nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia** oraz, że **dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.**
9. **Oświadczam**, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponował/ła środkami finansowymi na opłacenie udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.

<p style="text-align: right;">dnia __ / __ /20__ r.</p> <p style="text-align: center;">miejsowość</p>	<p style="text-align: center;">CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO, PEŁNOMOCNIKA</p>
---	---

- ¹ *Miejscem zamieszkania zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) jest miejscowość, w której osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem jej życia codziennego, w którym skoncentrowane są jej plany życiowe. O miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu. Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.*
- ² *Zgodnie z Ustawą z dnia 19 sierpnia 2011r. (tj. Dz. U. 2017 poz. 1824) o języku migowym i innych środkach komunikowania się wymienione organy / jednostki są zobowiązane do zapewnienia dostępu do usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika.*
- ³ *Zgodnie ze znowelizowaną ustawą z dnia 01 stycznia 2012r. o szkolnictwie wyższym, uczelnie publiczne i niepubliczne otrzymują z budżetu państwa dotacje między innymi na zadania związane ze stwarzaniem studentom i doktorantom, będącym osobami niepełnosprawnym warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia m.in poprzez zapewnienie usługi tłumacza języka migowego i tłumacza - przewodnika.*