

<b>Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Wojska Polskiego 78 26-700 Zwoleń</b>	Data wpływu wniosku do PCPR, pieczęć PCPR i podpis pracownika	Nr wniosku/Nr sprawy  <b>DRS.706.....202....</b>
--	---	--

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika**

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY <sup>(1)</sup>**

Wnioskodawca składa wniosek:  w własnym imieniu  jako rodzic/opiekun prawny/pełnomocnik

	<b>I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY</b>	<b>II. DANE PERSONALNE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY</b>
Imię/imiona i nazwisko		
PESEL		
Data urodzenia		
Dokument tożsamości - seria, numer, data wydania - wydany przez		
Nr telefonu		
Adres e-mail		
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>		
Miejscowość		
Ulica		
Nr domu/Nr lokalu		
Kod pocztowy/poczta		
<b>ADRES DO KORESPONDENCJI<sup>(1)</sup></b>		
<input type="checkbox"/> taki sam, jak adres zamieszkania		
<input type="checkbox"/> inny		

<b>III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI<sup>(1)</sup></b>	
Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Grupa inwalidzka	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność  <small>* dotyczy orzeczeń KRUS wydanych przed 1.01.1998r.</small>	<input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny* <input type="checkbox"/> osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym* <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>WAŻNOŚĆ ORZECZENIA</b>	
Orzeczenie ważne	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> czasowo – do .....

(1) wstawić X we właściwej rubryce

Rodzaj niepełnosprawności <sup>(1)</sup>	<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"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> poruszanie się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S- choroby układu oddechowego i krążenia <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
<b>Niepełnosprawność jest sprzężona</b> (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny	

#### IV. SYTUACJA ZAWODOWA<sup>(1)</sup>

Sytuacja zawodowa <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/> Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> Osoba w wieku 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca <input type="checkbox"/> Bezrobotny poszukujący pracy	<input type="checkbox"/> Rencista poszukujący pracy <input type="checkbox"/> Rencista/emeryt niezainteresowany podjęciem pracy <input type="checkbox"/> Dzieci i młodzież do lat 18 <input type="checkbox"/> Inne/ jakie?
----------------------------------	--	--

#### V. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON<sup>(1)</sup>

<b>Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON</b> (na podstawie umowy zawartej w okresie 3 lat przed złożeniem wniosku)	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
--	--

#### CEL WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Lp.	Cel dofinansowania	Numer umowy	Data zawarcia umowy (przynajmniej rok)	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia
1.					
2.					

#### Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU<sup>(1)</sup>

##### I. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania

Proszę o dofinansowanie usługi:  tłumacza języka migowego  tłumacza przewodnika

II. Miejsce realizacji zadania .....

##### III. Cel dofinansowania i uzasadnienie wniosku

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

##### IV. Przewidywany koszt realizacji zadania:

- przewidywany koszt jednej godziny usługi tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika (maksymalnie 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę usługi): ..... zł
- przewidywana łączna liczba godzin usług tłumacza: .....
- przewidywany koszt realizacji zadania (100%): ..... zł
- łączna kwota wnioskowanego dofinansowania: ..... zł  
słownie: .....

(1) wstawić X we właściwej rubryce

**V. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:**

.....

**VI. Nazwa i adres podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika:**

.....

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH <sup>(1)</sup>	
<input type="checkbox"/> Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę	
Imię i nazwisko właściciela konta	
Adres właściciela konta	
Nazwa banku	
Nr rachunku bankowego	
..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	
<input type="checkbox"/> W kasie Starostwa Powiatowego w Zwoleniu	
<input type="checkbox"/> Przelewem na konto Wykonawcy/Sprzedawcy podane na dowodzie zakupu usługi/przedmiotu	

(1) wstawić X we właściwej rubryce

**Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

**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 we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....**

- W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.
- Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz.U. z 2020 r., poz. 1444, z późn. zm.) oświadczam, że:
  - 1) Nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
  - 2) Nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.
  - 3) Posiadam środki własne nieobjęte wnioskowanym dofinansowaniem ze środków PFRON.
  - 4) dane zawarte we wniosku i załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
  - 5) Przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowaniu ze środków PFRON.
  - 6) O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu, ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwoleń dla potrzeb wynikających z realizacji zadania związanego z dofinansowaniem ze środków PFRON, zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Dz. Urz. UE L 119 z dn. 04.05.2016 r., s.1.
- Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Zostałem/łam poinformowany/a o prawach wynikających z art. 15-21 ww. Rozporządzenia.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,  
opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*

\* niepotrzebne skreślić

## ZAŁĄCZNIKI

1. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Kopia dokumentu potwierdzającego prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej, w przypadku składania wniosku przez pełnomocnika (oryginał do wglądu).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (Załącznik)
4. Dokumentu potwierdzający wpis do rejestru tłumacza języka migowego PJM, SJM, SKOGN (dotyczy wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługę).
5. Oferta cenowa na usługi tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika.
6. Zaświadczenie/oświadczenie o dochodach netto Wnioskodawcy i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.
7. W uzasadnionych przypadkach inne dokumenty niezbędne w celu realizacji wniosku.

**UWAGA:** PCPR w Zwoleniu ma możliwość wezwać Wnioskodawcę w celu okazania oryginału dokumentu.

### Adnotacje przyjmującego wniosek

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

### WYNIKI ROZPATRZENIA WNIOSKU ( wypełnia PCPR ):

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

.....  
( data i podpis kierownika PCPR )

### OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informujemy, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu (ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwolen, telefon kontaktowy: 48 6763623).**
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl) lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadania związanego z dofinansowaniem ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika.
- 4) Podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – zwanymi dalej łącznie aktami prawnymi. Podstawą przetwarzania danych jest również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tj. wyrażona przez Państwa zgoda dla kategorii danych osobowych podanych dobrowolnie, to znaczy innych niż wymaganych przepisami prawa dla realizacji świadczenia.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres związany z realizacją dofinansowania a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanej na jej podstawie instrukcji archiwizacji PCPR.
- 6) Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
- 7) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.
- 8) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
  - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
  - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
  - e) w przypadku zgody przysługuje prawo jej wycofania.
- 9) Podanie przez Państwa danych osobowych wymaganych dla realizacji świadczenia na podstawie aktów prawnych wskazanych w pkt. 4 jest obowiązkowe – nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Brak przekazania przez Państwa danych osobowych oznaczonych jako dobrowolne pozostaje bez wpływu na rozpatrzenie złożonego wniosku.
- 10) Państwa dane zostaną przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie zawartej przez PCPR umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w związku z realizacją przysługujących Państwu świadczeń, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w tym do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

## Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia\*

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i Nazwisko .....

Data urodzenia .....

Nr PESEL .....

Adres zamieszkania .....

.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

2. Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje (zaznaczyć właściwe):

słuchu       mowy       inne (jakie) .....

.....

3. Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza  
przewodnika (zaznaczyć właściwe):       nie       tak – uzasadnienie:

.....

.....

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza



**W przypadku gdy Wnioskodawca nie składa wniosku osobiście, należy przedstawić pisemne oświadczenie Wnioskodawcy o upoważnieniu innej osoby do dostarczenia wniosku oraz do kontaktów z urzędem w jego sprawie.**

..... 202... r.

(miejscowość)

(data)

## O Ś W I A D C Z E N I E

.....

(Imię i Nazwisko Wnioskodawcy)

.....

.....

(adres zamieszkania)

### **Upoważniam Panią/Pana:**

Imię/imiona i nazwisko .....,

PESEL .....,

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL) .....,

Numer telefonu .....,

Adres e-mail .....,

**do dostarczenia do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu w moim imieniu wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON usług tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika wraz z wymaganymi załącznikami oraz do zasięgnięcia informacji w ww. sprawie.**

.....  
*czytelny podpis Wnioskodawcy*

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu, ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwolen dla potrzeb wynikających z realizacji zadania związanego z dofinansowaniem ze środków PFRON, zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Dz. Urz. UE L 119 z dn. 04.05.2016 r., s.1.
- Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Zostałem/łam poinformowany/a o prawach wynikających z art. 15-21 ww. Rozporządzenia.

.....  
*czytelny podpis osoby upoważnionej*

## OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informujemy, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu (ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwolen, telefon kontaktowy: 48 6763623)**.
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl) lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadania związanego z dofinansowaniem ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika.
- 4) Podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – zwanymi dalej łącznie aktami prawnymi. Podstawą przetwarzania danych jest również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tj. wyrażona przez Państwa zgoda dla kategorii danych osobowych podanych dobrowolnie, to znaczy innych niż wymaganych przepisami prawa dla realizacji świadczenia.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres związany z realizacją dofinansowania a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanej na jej podstawie instrukcji archiwizacji PCPR.
- 6) Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu.
- 7) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.
- 8) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
  - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
  - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
  - e) w przypadku zgody przysługuje prawo jej wycofania.
- 9) Podanie przez Państwa danych osobowych wymaganych dla realizacji świadczenia na podstawie aktów prawnych wskazanych w pkt. 4 jest obowiązkowe – nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Brak przekazania przez Państwa danych osobowych oznaczonych jako dobrowolne pozostaje bez wpływu na rozpatrzenie złożonego wniosku.
- 10) Państwa dane zostaną przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie zawartej przez PCPR umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w związku z realizacją przysługujących Państwu świadczeń, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w tym do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.