



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

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

**VI. Miejsce realizacji zadania**

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

**VII. Cel dofinansowania**

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

**VIII. Uzasadnienie wniosku**

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

**IX. Korzystanie ze środków finansowych PFRON(w ciągu 3 ostatnich lat)**

<b>Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON</b> <i>(właściwe zaznaczyć x)</i>		<b>Tak:</b>	<b>Nie:</b>
<b>Cel dofinansowania</b> <i>(nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach, którego przyznana została pomoc)</i>	<b>Nr i data zawarcia umowy</b>	<b>Wysokość przyznanego dofinansowania</b>	<b>Stan rozliczenia</b> <i>(kwota rozliczona)</i>

**Oświadczam**, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych<sup>1</sup>, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił ..... zł.  
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

Uprzedzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.  
O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

.....  
Data

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

<sup>1</sup> **dochód** – oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

- a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, art. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2032, z późn. zm.), pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- b) dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,
- c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych

\*zaznaczyć właściwe

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny  
lub pełnomocnik

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

**Adres zamieszkania**

Miejscowość ....., ulica..... nr domu.....

nr lokalu ..... kod ..... - ..... poczta .....

nr telefonu .....

Ustanowiony opiekunem\*/ pełnomocnikiem\*.....

(postanowieniem Sądu rejonowego z dn. .... sygn. akt\* .....

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ..... z dn. ....

repet. Nr .....

**Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:**

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku (wypełnia PCPR)	
	Tak/Nie/ Nie dotyczy	Data uzupełnienia
1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych (w przypadku dzieci do lat 16), o stopniu niepełnosprawności: znacznym, umiarkowanym lub lekkim lub orzeczenia równoważnego tj. o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, niezdolności do samodzielnej egzystencji, o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów lub kopia orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 roku;		
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające rodzaj schorzenia lub dysfunkcji ze wskazaniem, że Wnioskodawca wymaga pomocy tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika – sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik 1 do wniosku		
3. Kserokopia pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego – w przypadku gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego;		
4. Dane wybranego tłumacza językowego lub tłumacza-przewodnika wraz z jego numerem wpisu do odpowiedniego rejestru i podmiotem dokonującym tego wpisu lub kopia z rejestru;		
5. Zgoda w celach kontaktowych– sporządzona wg wzoru stanowiącego załącznik 2 do wniosku.		

**OŚWIADCZENIA (\* niepotrzebne skreślić)**

- Mam/nie mam\* zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku byłem/am, nie byłem/am\* stroną umowy zawartej z Funduszem, którą rozwiązano z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....  
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

**WYPEŁNIA PCPR**

**I. Ocena formalna wniosku:**

<b>Warunki weryfikacji formalnej</b>	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>	<b>Uwagi</b>
Wniosek wypełniono prawidłowo			
Wniosek zawiera wymagane załączniki			

- Weryfikacja formalna wniosku:**                     pozytywna                     negatywna
- Wniosek uzupełniony w terminie                     tak                     nie
- Wniosek kompletny w dniu przyjęcia                     tak                     nie

.....  
(data i podpis pracownika PCPR)

**II. Ocena zasadności wniosku:**

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

.....  
(data i podpis pracownika PCPR)

**III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania:**

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

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

**IV. Akceptacja Starosty**

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

.....  
(data i podpis Starosty)

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**Zaświadczenie lekarskie  
w celu dofinansowania usług tłumacza języka migowego  
lub usług tłumacza przewodnika \***

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania:

.....

.....

PESEL:

.....

posiada schorzenia lub dysfunkcje (*zaznaczyć właściwe*):

- 1. słuchu
- 2. mowy
- 3. wzroku
- 4. inne   
jakie?

.....

osoba niesłysząca

osoba niedosłysząca

osoba niewidoma

osoba niedowidząca

osoba głuchoniema

Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego i usług tłumacza -  
przewodnika (*należy właściwa usługę zakreślić*)

-Nie

-Tak –

uzasadnienie: .....

.....

.....

.....  
data

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

**Zgoda w celach kontaktowych**

Imię i nazwisko	
Nr telefonu	
Adres e-mail	
Adres do korespondencji	

Oświadczenie:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wskazanych w tabeli moich danych osobowych w celu kontaktowym na potrzeby obsługi moich spraw prowadzonych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wieruszowie (PCPR w Wieruszowie)

.....  
( data i podpis )

Informujemy, że może Pan/Pani wycofać powyższą zgodę w każdym czasie. Wycofanie zgody nie będzie miało jednak wpływu na legalność przetwarzania danych, które zostały udostępnione na jej podstawie, przed wycofaniem zgody.

Z chwilą otrzymania Danych Osobowych PCPR w Wieruszowie stanie się ich niezależnym administratorem i będzie przetwarzać je zgodnie z Rozporządzeniem UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanym dalej „RODO”. PCPR w Wieruszowie będzie przetwarzać Pani/Pana Dane Osobowe w oparciu o w/w zgodę wyłącznie w celu nawiązania kontaktu (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. a RODO).

W przypadku, gdy po nawiązaniu kontaktu nie zdecyduje się Pani/Pan na dalsze przetwarzanie tych danych, Pani/Pana dane zostaną usunięte.

Udzielenie powyższej zgody jest dobrowolne. Jeżeli to nastąpi, dostęp do Pani/Pana Danych Osobowych będą mieli upoważnieni pracownicy PCPR w Wieruszowie oraz usługodawcy, którym w drodze umowy powierzono przetwarzanie Danych Osobowych na potrzeby realizacji zadań wykonywanych przez PCPR w Wieruszowie.

.....  
( data i podpis )