………………………………… ……………………………

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek data wpływu wniosku

............……………………

data rejestracji w systemie komputerowym

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

numer wniosku

#### W N I O S E K

**o dofinansowanie** **usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika**

**1. Wnioskodawca** (proszę wypełnić drukowanymi literami)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię | | | Imiona rodziców |
| PESEL | | |  |
| Kod pocztowy 87-800 | | Włocławek | ulica, nr |
| Dowód osobisty | Seria | Nr | wydany w dniu  przez |
| telefon tel.komórkowy | | | |

###### Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

..................................................................................... syn / córka .......................................................

imię (imiona) i nazwisko imię ojca

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

dowód osobisty

nr PESEL ............................................. nr NIP .........................................................................................

miejscowość ................................ ulica ......................................... nr domu ......... nr lokalu ...................

adres stałego zameldowania

nr kodu ................................ poczta ................................. powiat .............................................................

województwo .............................................. nr tel. / faxu .........................................................................

ustanowiony Opiekunem\* / Pełnomocnikiem\* .........................................................................................

\* postanowieniem Sądu Rejonowego ............................... z dn. ................... sygn. akt ............................

\* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .................................................................

z dnia ................................................... repet. Nr .......................................................................................

\* niepotrzebne skreślić

**2. Przedmiot dofinansowania/ilość godzin**……........................................................................

należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż),rodzaj usługi

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

**3.** Oświadczam, że mój miesięczny dochód (pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne nie zaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne) wynosi: ............................. złotych, oraz że prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z następującymi osobami, które uzyskują podane niżej dochody :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Pokrewieństwo | Stopień niepełnosp. | Rodzaj niepełnosp. | Dochód miesięczny (złotych) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

##### 4. Informacje o Wnioskodawcy (proszę we właściwej rubryce wpisać „tak”)

**1) Stopień niepełnosprawności potwierdzony orzeczeniem**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | znaczny / inwalida I grupy / osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna  do samodzielnej egzystencji |  |
| 2. | umiarkowany / inwalida II grupy / osoba całkowicie niezdolna do pracy |  |
| 3. | lekki / inwalida III grupy / osoba częściowo niezdolna do pracy |  |
| 4. | osoba w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności |  |
| 5. | osoba o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym  na podstawie orzeczenia wydanego przed 01.01.1998 r. |  |

**2) Rodzaj niepełnosprawności**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; |  |
| 2. | wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk |  |
| 3. | inna dysfunkcja narządu ruchu |  |
| 4. | dysfunkcja narządu wzroku |  |
| 5. | dysfunkcja narządu słuchu |  |
| 6. | dysfunkcja narządu mowy |  |
| 7. | deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) |  |
| 8 | niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia |  |
| 9. | inny (jaki?) |  |

**3) Sytuacja zawodowa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | pracujący |  |
| 2. | zatrudniony prowadzący działalność gospodarczą |  |
| 3. | osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca |  |
| 4. | bezrobotny poszukujący pracy /rencista poszukujący pracy |  |
| 5. | emeryt / rencista nie zainteresowany podjęciem pracy |  |
| 6. | dzieci i młodzież do lat 18 |  |

**5.** Nazwa banku: .............................................................................................................................., numer rachunku bankowego: ....................................................................................................................

**6.** Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania: ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**7.** Przewidywany koszt realizacji zadania: ...............................................................................................

Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt ( w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

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

**8.** Termin rozpoczęcia zadania: ........................................................................................,

przewidywany czas realizacji zadania: ..................................................................................................

**9. Korzystanie ze środków finansowych PFRON**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cel  (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu celowego, w ramach którego przyznana została pomoc) | Nr i data zawarcia umowy | Kwota przyznana | Termin rozliczenia | Kwota rozliczona |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Razem kwota przyznana: |  | Razem kwota rozliczona: |  |

**10. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu:** ......................................., słownie: ............................................................................. .......................................................................................................................................................

**Zostałem/łam poinformowany/na, że wysokość dofinansowania usług tłumacza migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2 % przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia.**

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

**O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku**

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

(**podpis Wnioskodawcy\* / Przedstawiciela ustawowego\*/**

**Opiekuna prawnego\* / Pełnomocnika\*)**

**Załączniki do wniosku:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa załącznika**  **( kolejno ponumerowanego** ) | | Informacja jednostki przyjmującej wniosek |
| 1 | Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r, o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych |  |
| 2 | Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą, jeżeli są takie osoby |  |

**Adnotacje przyjmującego wniosek (wypełnia MOPR)**

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

### I. Ocena zasadności wniosku

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

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

( podpis )

**II. Ustalone warunki umowy**

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

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

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

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

( podpis )

**III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania**

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

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

( podpis )