

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej

WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON do usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika

Dane osoby niepełnosprawnej:

1. Imię i nazwiskoNr tel.
2. PESEL
3. Adres zamieszkania
4. Posiadane orzeczenie stopień
5. Rodzaj niepełnosprawności (symbol z orzeczenia)

Cel dofinansowania:

1. Opis posiadanych trudności
2. Przedmiot dofinansowania.....
3. Uzasadnienie wniosku
4. Miejsce realizacji zadania
5. Przewidywana liczba godzin usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika
6. Przewidywany koszt realizacji zadaniazł
7. Kwota wnioskowanego dofinansowania (maksymalnie 2% przeciętnego wynagrodzenia za godziną usługi).....zł
8. Informacja o innych źródłach finansowania zadania.....
9. Przewidywany czas realizacji zadania: oddo
10. Dane podmiotu świadczącego usługę tłumacza migowego lub tłumacza – przewodnika

Oświadczenie o dochodach

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, wynosi zł.

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Nazwa banku oraz numer rachunku bankowego wykonawcy usługi

Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON		tak <input type="checkbox"/>		nie <input type="checkbox"/>			
Cel przyznania dofinansowania – nazwa programu							
a) przedmiot dofinansowania							
b) data przyznania dofinansowania							
c) kwota dofinansowania							
d) Nr umowy							
Stan rozliczenia (rozliczone / nierozliczone)							
Czy wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON			Czy wnioskodawca był w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie				
tak <input type="checkbox"/>		nie <input type="checkbox"/>		tak <input type="checkbox"/>		nie <input type="checkbox"/>	

W przypadku przyznania dofinansowania zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kosztem realizacji zadania pomniejszonym o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. e RODO przetwarzanie danych osobowych jest zgodne z prawem w przypadku, gdy przetwarzanie jest niezbędne do wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznych lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi.

INFORMACJA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie informacji publicznej jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej, adres: ul. Widnichowska 20, 07-300 Ostrow Mazowiecka;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: pcpr@powiatostrowmaz.pl;
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze przewidzianego w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej;
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach prawa, tj. w ustawie z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej;;
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku;

4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Oświadczam, że zapoznałem/lam się z treścią powyższej klauzuli

.....
Czytelny podpis

Zgodnie z art. 6 ust 1 lit. a RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. danych kontaktowych zawartych w niniejszym wniosku przez Administratora, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej, ul. Widnichowska 20, 07-300 Ostrow Mazowiecka, w celu kontaktu telefonicznego i/lub mailowego. Zgodna może zostać wycofana w dowolnym momencie.

Ostrow Mazowiecka, data

Czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna prawnego
/ pełnomocnika

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik:

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu kontaktowego

.....
Sygn. akt w przypadku postanowienia sądowego lub
pełnomocnictwa

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, wynikającej z art. 233 § 1 KK „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę – podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub opiekuna prawnego
/ pełnomocnika

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, o grupie inwalidzkiej lub w przypadku osoby do 16 r. z orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał dokumentu do wglądu)
2. Aktualne zaświadczenie od lekarza specjalisty (na dołączonym druku), zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz stwierdzające konieczność wsparcia przez tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika
3. Kosztorys / oferta handlowa / faktura por-forma na planowaną usługę- oryginał
4. Opinia wychowawcy ze szkoły (ośrodka) - w przypadku dziecka - opisująca problemy w procesie wychowania i komunikowania z otoczeniem – oryginał

W przypadku gdy PCPR w Ostrowi Mazowieckiej poweźmie wątpliwość odnośnie podanych we wniosku danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, może wezwać wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

Wniosek rozpatrywany jest niezwłocznie, nie dłużej jak w terminie 7 dni do dnia złożenia kompletnego wniosku.

(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
Wydane na potrzeby PCPR - dofinansowanie usługi tłumacza języka migowego
lub tłumacza - przewodnika
(Wypełnia lekarz specjalista)

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności.....

Używane przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Czy istnieje konieczność realizacji zadań zmierzających do usunięcia problemów w komunikowaniu się z otoczeniem poprzez usługę tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika

- **TAK** (uzasadnić).....
- **NIE**

Niepełnosprawność pacjenta dotyczy *

- a) dysfunkcja narządu słuchu
- b) dysfunkcja narządu mowy generująca poważne problemy w porozumiewaniu się z otoczeniem
- c) deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- d) niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- e) dysfunkcja narządu wzroku

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* właściwe zaznaczyć, w razie potrzeby zaznaczyć kilka