

.....
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	Katowice	ulica, nr	
Dowód osobisty	Seria	Nr	wydany w dniu przez
telefon		tel.komórkowy	

Przedstawiciel ustawy (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

miejsowość 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 urzędnika (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/lam 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 Społecznej w Katowicach.

.....
(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	
3	Zaświadczenie lekarskie w celu dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika	

Adnotacje przyjmującego wniosek (wypełnia MOPS)

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

I. Ocena zasadności wniosku

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

.....
(podpis)

II. Ustalone warunki umowy

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

.....
(podpis)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
(podpis)

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:

1. słuchu
 2. mowy
 3. inne
-
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika
(należy właściwą usługę zakreślić)

- Nie
- Tak – uzasadnienie:
-
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

***zaświadczenie winno być wystawione przez lekarza specjalistę.**