

.....  
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....  
data wpływu wniosku

.....  
data rejestracji w systemie komputerowym

.....  
numer wniosku

## WNIOSEK

### 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.**

**Informujemy, że:**

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Katowicach z siedzibą przy ulicy Wita Stwosza 7 w Katowicach, tel:32 606 18 59, e-mail: [kancelaria@mops.katowice.pl](mailto:kancelaria@mops.katowice.pl),
- we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pana/Pani danych osobowych można kontaktować się z inspektorem ochrony danych osobowych Miejskiego Ośrodka Pomocy

Spółecznej

w Katowicach : adres e-mail: daneosobowe@mops.katowice.pl, tel:32 606 18 85, adres skrytki ePUAP: <https://epuap.gov.pl/wps/portal/strefa-klienta/katalog-spraw/profil-urzedu/f7s0tdv03y>,

- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji obowiązków prawnych wynikających z Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz w celach archiwalnych na podstawie Ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach,

- przetwarzanie danych następuje w celu realizacji zadania realizowanego w interesie publicznym, na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, rozporządzeń wykonawczych do przedmiotowej ustawy oraz programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych,

- dane nie będą udostępniane innym odbiorcom, za wyjątkiem przypadków, kiedy obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa. Mogą być jednak przekazywane innym podmiotom zapewniającym obsługę administracyjną, prawną, techniczną, informatyczną, transportową MOPS na podstawie zawartych umów powierzenia. Podmioty te nie będą uprawnione do przetwarzania danych we własnych celach,

- dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym został złożony wniosek zawierający dane – zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt zatwierdzonym przez Archiwum Państwowe,

- posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, w odniesieniu do danych przetwarzanych w celu realizacji interesu publicznego przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, ze względu na Pani/Pana szczególną sytuację

- dane nie będą przetwarzane w celu zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania,

- ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza obowiązujące przepisy prawne,

- podanie danych osobowych jest obowiązkowe. Odmowa podania danych będzie skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku.

**Szczegółowe informacje i wyjaśnienia dostępne na stronie MOPS Katowice ([www.mops.katowice.pl](http://www.mops.katowice.pl)).**

.....  
(podpis Wnioskodawcy\* / Przedstawiciela ustawowego\* /  
Opiekuna prawnego\* / Pełnomocnika\*)

**Załączniki do wniosku:**

<b>Nazwa załącznika ( kolejno ponumerowanego )</b>		<b>Informacja jednostki przyjmującej wniosek</b>
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.**