

Data wpływu:
Numer wniosku:
Numer sprawy:

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego/ tłumacza przewodnika

Część A- DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	
Postanowienie Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repetitorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	☐ pełen zakres czynności związany z aplikowaniem o wsparcie ☐ do rozliczenia dofinansowania ☐ do zawarcia umowy ☐ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku ☐ do złożenia wniosku ☐ inne
DANE PERSOMNALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mil:	
ADRES KORESPONDENCYJNY	

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	

DANE PODOPIECZNEGO/ MOCODAWCY	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta
ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy

Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo- do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ 05-R – narząd ruchu ☐ wnioskodawca lub dziecko/ podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych ☐ 06-E - epilepsja ☐ 07-S- choroby układu oddechowego i krążenia ☐ 08-T- choroby układu pokarmowego ☐ 09-M- choroby układu moczowo- płciowego ☐ 10-N- choroby neurologiczne ☐ 11-I- inne ☐ 12-C- całościowe zaburzenia rozwojowe
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

- ☐ indywidualne ☐ wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku:

.....

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Ze środków finansowych PFRON:

- ☐ nie korzystałem
☐ korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. CEL DOFINANSOWANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Rodzaj dofinansowania:	
Cel dofinansowania:	

II. KOSZTY REALIZACJI	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Liczba godzin:	
Cena za godzinę:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	

Wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza- przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia z godzinę jej świadczenia (informacja dostępna na stronach GUS).

III. MIEJSCE I CZAS REALIZACJI ZADANIA	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejsce realizacji:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

IV. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH	
☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/ osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

SYTUACJA ZAWODOWA

- ☐ Zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą
- ☐ Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- ☐ Bezrobotny poszukujący pracy
- ☐ Rencista poszukujący pracy
- ☐ Rencista/ emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- ☐ Dzieci i młodzież do lat 18
- ☐ Inne/ jakie?

OŚWIADCZENIE

Upředzony/upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam że zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU (wypełnia Realizator)

Lp.	Załącznik	Tak	Brak
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności		
2.	Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty ze wskazaniem że wnioskodawca wymaga pomocy tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika wypełnione na druku stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego wniosku		
3.	Dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM, SJM, SKOGN, (dotyczy wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługę)		
4.	Klauzula informacyjna		
5.	Pełnomocnictwo (jeśli dotyczy)		

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Załącznik	Data uzupełnienia

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

Załącznik nr 1
do wniosku o dofinansowanie
ze środków PFRON usług
tłumacza języka migowego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię i nazwisko:	
Zamieszkały/zamieszkała:	
PESEL:	
Pacjent posiada schorzenie lub dysfunkcje:	☐ słuchu ☐ mowy ☐ inne (jakie)
Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika:	☐ nie ☐ tak - uzasadnienie

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

**Klauzula informacyjna
dotycząca udzielenia dofinansowania ze środków PFRON**

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO - informujemy, że:

1. Administratorami danych osobowych są:

- Kierownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siedlcach, adres: ul. J. Piłsudskiego 40, 08-110 Siedlce, adres e-mail: pcpr@pcprsiedlce.pl, tel. 25 644 81 72,
- Starosta Siedlecki, adres: ul. J. Piłsudskiego 40, 08-110 Siedlce, adres e-mail: starostwo@powiatsiedlecki.pl, tel. 25 644 72 16.

2. Z Inspektorem Ochrony Danych wyznaczonym do kontaktów z osobami, których dane dotyczą w sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących im na mocy rozporządzenia 2016/679, można skontaktować się pisząc na adres e-mail: iod@pcprsiedlce.pl w zakresie danych przetwarzanych przez PCPR w Siedlcach oraz na adres iod@powiatsiedlecki.pl w zakresie danych przetwarzania przez Starostę Siedleckiego lub na adres siedziby wskazany w pkt. I.

3. Cele i podstawy przetwarzania

Dane osobowe będą zbierane i przetwarzane w celu wnioskowania o udzielenie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i innych przepisów wykonawczych właściwych do zakresu wnioskowanego dofinansowania. Dane osobowe będą zbierane i przetwarzane w wersji papierowej oraz w Systemie Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON (system SOW), a następnie w celach archiwalnych (ustawa z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach).

(podstawa z art. 6 ust. 1 lit. c RODO)

4. Odbiorcy danych

Odbiorcami danych osobowych będą podmioty współpracujące z mocy prawa w zakresie realizacji wniosku o przyznanie dofinansowania do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ze środków PFRON. Dane osobowe mogą zostać ujawnione podmiotom przetwarzającym dane osobowe w imieniu Administratora wspomagającym funkcjonowanie systemów informatycznych.

5. Okres przechowywania danych

Dane osobowe wskazane w pkt. III będą przechowywane zgodnie z obowiązującą w PCPR w Siedlcach Instrukcją kancelaryjną oraz przepisami o archiwizacji dokumentów.

6. Prawa osób, których dane dotyczą:

Zgodnie z RODO, przysługuje:

- a. prawo dostępu do swoich danych osobowych;
- b. prawo do sprostowania swoich danych;
- c. prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
- d. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych - gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

Nie przysługuje Pani/Panu:

- a. prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
- b. prawo do usunięcia przetwarzanych danych osobowych;
- c. na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c.

7. Informacja o wymogu dobrowolności podania danych

Podanie danych zawartych we wniosku jest wymogiem ustawowym. Osoba, której dane dotyczą jest zobowiązana do ich podania. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku.

8. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4.

Zapoznałem / zapoznałam się

.....

data i czytelny podpis