

Data wpływu:

Nr wniosku JM// \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nr sprawy DdRS.6103.3. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**WNIOSEK  
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON  
USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA - PRZEWODNIKA\***

**1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY/ PODOPIECZNYM\***

Imię i nazwisko

PESEL

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

**ADRES ZAMIESZKANIA (pobyt stały)**

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Powiat	Województwo	Tel/fax z nr kierunkowym ( tel. komórkowy)		

**2. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA  
PRAWNEGO/PEŁNOMOCNIKA\***

- Rodzic osoby niepełnosprawnej
- Opiekun prawny osoby niepełnosprawnej ustanowiony - postanowienie Sądu Rejonowego z dn. \_\_\_\_\_  
sygn. akt/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza \_\_\_\_\_ z dn. \_\_\_\_\_

Imię (imiona) i nazwisko

PESEL

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Powiat	Województwo	Telefon z nr kierunkowym ( tel. komórkowy)		

**3. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: WNIOSKODAWCY / PODOPIECZNEGO\***

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> znaczny stopień niepełnosprawności     | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka   |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy   | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka  |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy   | <input type="checkbox"/> lekki stopień niepełnosprawności       | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka |
- orzeczenie o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.

**Orzeczenie ważne:**  okresowo do \_\_\_\_\_  bezterminowo

\* niepotrzebne skreślić / zaznaczyć znakiem X w odpowiednim polu „□”



## 7. PRZEWIDYWANY TERMIN ROZPOCZĘCIA ZADANIA

## 8. PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA

## 9. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

## 10. WNIOSKOWANE DOFINANSOWANIE (należy wpisać rodzaj usługi)

Proszę o dofinansowanie ze środków PFRON .....  
..... w okresie od ..... do ..... łącznie godzin  
..... na kwotę ..... (słownie:.....  
.....)  
wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON : .....zł.  
(słownie:.....)

## 11. UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU - cel dofinansowania

dodatkowe informacje w przypadku Wnioskodawcy, który ubiega się o ponownie o udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel - należy wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego /kolejnego dofinansowania ze środków PFRON

## 12. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

### Załączniki:

- Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność/kopia **orzeczenia** o niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
- Aktualne **zaświadczenie lekarskie (lekarza specjalisty)**, wskazujące na konieczność korzystania z usługi wymienionej we wniosku,
- Oferta cenowa lub faktura pro-forma usługi,
- Pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub dokument stanowiący opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny – oryginał do wglądu.

1. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie informować Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.
2. Zostałem/łam poinformowany/na, że **wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika\* nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia.**
3. W przypadku przyznania dofinansowania zobowiązuję się do zapłacenia z własnych źródeł pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną wykonania usługi pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.
4. **Wszelkie koszty związane z przygotowaniem wniosku ponosi Wnioskodawca.**
5. Informuję, że jestem\*, nie jestem\* płatnikiem podatku VAT.
6. **Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że dofinansowanie ze środków Funduszu nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.**

7. Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz.U. z 2018 r., poz. 1600) za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.

Dąbrowa Górnicza, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Czytelny podpis**

Wnioskodawcy, pełnomocnika,  
przedstawiciela ustawowego,  
opiekuna prawnego

## OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił \_\_\_\_\_ zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi \_\_\_\_\_.

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz.U. z 2018 r., poz. 1600) za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.

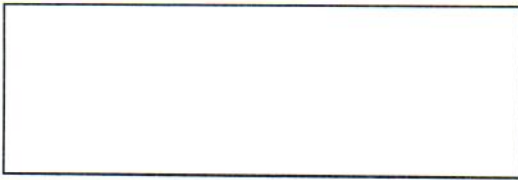
\_\_\_\_\_, dnia.....r.  
*miejsowość*

\_\_\_\_\_  
**Czytelny podpis**  
Wnioskodawcy, pełnomocnika,  
przedstawiciela ustawowego,  
opiekuna prawnego

## **POUCZENIE**

**Za dochody uwzględniane przy obliczeniu przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, uważa się dochody (po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób):**

- przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

### Zaświadczenie lekarskie

**o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie usług tłumacza migowego lub tłumacza przewodnika\* z udziałem środków PFRON  
(wniosek należy wypełnić czytelnie w języku polskim)  
wypełnia lekarz stosownie do rodzaju niepełnosprawności**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_

1. Informacje o rodzaju niepełnosprawności i rozpoznanie choroby zasadniczej:

---

---

---

---

2. Czy w związku z niepełnosprawnością lub występującymi schorzeniami zachodzi konieczność korzystania z usług tłumacza migowego lub tłumacza przewodnika.

TAK

NIE

3. Opis ograniczeń, jakie wynikają ze schorzenia – uzasadnienie konieczności korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika\* (podać rodzaj usługi).

---

---

---

---

-----  
Miejscowość i data

-----  
Podpis i pieczętka lekarza

# WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPS

## Załączniki wymagane do wniosku

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono (zaznaczyć właściwe)	Uzupełniono (zaznaczyć właściwe)	Data uzupełnienia
		wypełnia pracownik przyjmujący wniosek		
1.	Kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności lub niepełnosprawność w przypadku dziecka do 16 roku życia - oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oferta cenowa lub faktura pro-forma usługi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Aktualne zaświadczenie lekarskie wskazujące na konieczność korzystania z usługi wymienionej we wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub dokument stanowiący opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Inne załączone dokumenty:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pieczątką imienna pracownika przyjmującego wniosek

Data, podpis:.....