

02.0025, 27, 2019

UCHWAŁA NR 40/2019
ZARZĄDU POWIATU GRODZISKIEGO
z dnia 26 lutego 2019 r.

w sprawie „Zasad dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza migowego lub tłumacza przewodnika osoby niepełnosprawnej z terenu Powiatu Grodziskiego”

Na podstawie art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 995 ze zmianami), art. 35a ust. 1 pkt 7 lit. f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 511 ze zmianami), w związku z § 2 pkt. 7 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2015 poz. 926), Zarząd Powiatu Grodziskiego uchwala, co następuje:

§ 1. Uchwala się „Zasady dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika osoby niepełnosprawnej z terenu Powiatu Grodziskiego”, zwane dalej Zasadami, stanowiące załącznik nr 1 do uchwały.

§ 2. Traci moc Uchwała nr 535/2018 Zarządu Powiatu Grodziskiego z dnia 06 lutego 2018 roku w sprawie „Zasad dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza migowego lub tłumacza przewodnika osoby niepełnosprawnej z terenu Powiatu Grodziskiego”.

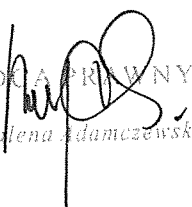
§ 3. Wykonanie Uchwały powierza się Staroście Grodzkiemu oraz Dyrektorowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Grodzisku Wielkopolskim.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia i ma zastosowanie do wniosków złożonych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

STAROSTA
Mariusz Zgaiński



RADCA PRAWNY
Magdalena Adamczewska



UZASADNIENIE DO UCHWAŁY NR 40/2019
ZARZĄDU POWOTU GRODZISKIEGO
z dnia 26 lutego 2019 r.

w sprawie „Zasad dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika osoby niepełnosprawnej z terenu Powiatu Grodziskiego”

W związku z realizacją przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Grodzisku Wielkopolskim zadań z zakresu dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika osoby niepełnosprawnej z terenu Powiatu Grodziskiego, niezbędne jest wprowadzenie zasad określających procedurę rozpatrywania wniosków oraz szczegółowe warunki otrzymania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika osoby niepełnosprawnej z terenu Powiatu Grodziskiego.

Kryteria zawarte w poniższych zasadach wynikają z analizy potrzeb osób niepełnosprawnych przy uwzględnieniu zasadności, celowości i efektywności wsparcia dla osób niepełnosprawnych.

Mając powyższe na uwadze, podjęcie uchwały jest zasadne.


STAROSTA
Marcin Zgaiński

Zasady dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika osoby niepełnosprawnej z terenu Powiatu Grodziskiego.

§ 1

Podstawa prawna

- 1) Art. 35a ust. 1 pkt. 7 lit f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 511 ze zmianami).
- 2) Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2015 poz. 926).

§ 2

Ilekróć w niniejszym dokumencie jest mowa o:

1. Zasadach – oznacza to niniejszy dokument,
2. Centrum – oznacza to Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Grodzisku Wlkp.,
3. Funduszu – oznacza to Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
4. Ustawie – oznacza to ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz.U. 2018 poz. 511 ze zmianami).
5. Rozporządzeniu – oznacza to Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2015 poz. 926)
6. Osobie niepełnosprawnej – oznacza to osobę posiadającą orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności osób do 16 roku życia albo osobę posiadającą orzeczenie równoważne zgodnie z art. 5, art. 5a oraz art. 62 ustawy.
7. Przeciętnym wynagrodzeniu – oznacza to przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. 2018 poz. 127 ze zmianami).
8. Dochodzie – oznacza to przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz.U. 2018 poz.

2220 ze zmianami), podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

§ 3

Niniejsze zasady określają:

- 1) warunki, jakie muszą spełniać wnioskodawcy ubiegający się o udzielenie dofinansowania,
- 2) wysokość dofinansowania,
- 3) zasady rozpatrywania i realizacji wniosków o udzielenie dofinansowania.

§ 4

O dofinansowanie ze środków Funduszu na usługi tłumacza migowego lub tłumacza-przewodnika mogą ubiegać się osoby, które posiadają orzeczenie o stopniu niepełnosprawności o symbolu 03-L lub symboli równoważnych stosowanych we wcześniejszych orzeczeniach. W przypadku orzeczenia, w którym brak jest zapisu dotyczącego przyczyny niepełnosprawności, schorzenia te winny być potwierdzone zaświadczeniem lekarza specjalisty wystawionym na druku stanowiącym załącznik do wniosku.

§ 5

Dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych nie przysługuje, jeżeli osoba niepełnosprawna ubiegająca się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub osoba niepełnosprawna była w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.

§ 6

1. Osoba niepełnosprawna może złożyć wniosek o dofinansowanie usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika do Centrum w każdym czasie. Jednocześnie wnioski złożone w danym roku budżetowym muszą zostać rozpatrzone, a w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku – dofinansowane i zrealizowane w tym samym roku.
2. Wnioskodawcy, któremu nie zostało przyznane dofinansowanie z powodu niewystarczającej wysokości środków Funduszu przeznaczonych na usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika w danym roku, chcąc starać się o dofinansowanie w następnym roku, muszą ponownie wystąpić o dofinansowanie, składając nowy wniosek.

§ 7

1. Wniosek osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie ze środków Funduszu usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika powinien zawierać:
 - 1) imię, nazwisko, adres zamieszkania,
 - 2) numer PESEL,

- 3) przedmiot dofinansowania,
- 4) oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 5) nazwę banku i numer rachunku bankowego,
- 6) miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania,
- 7) przewidywany koszt realizacji zadania,
- 8) informację o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia,
- 9) wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu,
- 10) dane wybranego tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika.

2. Do wniosku dołącza się :

- a) wypełniony wniosek o dofinansowanie, według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 ww. zasad,
- b) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności o symbolu 03-L lub symboli równoważnych stosowanych we wcześniejszych orzeczeniach. W przypadku orzeczenia, w którym brak jest zapisu dotyczącego przyczyny niepełnosprawności, schorzenia te winny być potwierdzone zaświadczeniem lekarza specjalisty wystawionym na druku stanowiącym załącznik do wniosku,
- c) aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione czytelnie, w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego zawierające informację o rodzaju posiadanych schorzeń (zgodnie z załącznikiem do wniosku),
- d) oryginał aktualnego zaświadczenia ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki, w przypadku osoby niepełnosprawnej uczącej się i niepracującej w wieku 16-24 lat,
- e) kopię pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego,
- f) dokument potwierdzający wpis tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika do rejestru tłumaczy PJM (Polski Język Migowy), SJM (System Językowo-Migowy), SKOGN (Sposoby Komunikowania się Osób Głuchoniewidomych), (dotyczy wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługę).

§ 8

1. Wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika nie może być wyższa niż 2 % przeciętne wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia.
2. Dofinansowanie nie obejmuje kosztów poniesionych przed datą zawarcia umowy o dofinansowanie ze środków z Funduszu.
3. Dofinansowaniu nie podlega świadczenie usługi przez tłumacza PJM, SJM i SKOGN w organach administracji publicznej (przez organ administracji publicznej rozumie się ministrów, centralne organy administracji rządowej, wojewodów, działające w nich lub we własnym imieniu inne terenowe organy administracji rządowej zespolonej i niezespolonej, organy jednostek samorządu terytorialnego) oraz w innych jednostkach, które na mocy przepisów są zobowiązane do zapewnienia dostępu do ww. usług.

§ 10

1. Rozpatrzenie wniosku następuje bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku.
2. Wnioski podlegają sprawdzeniu i zaopiniowaniu przez Komisję do spraw opiniowania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika, powołaną Zarządzeniem Starosty Grodzkiego. Z czynności sprawdzających Komisja sporządza protokół, który następnie wraz z opinią przedkłada Staroście Grodzkiemu.
Komisja zobowiązana jest do zakończenia wymienionych powyżej czynności w terminie 2 dni od dnia otrzymania kompletnego wniosku.
3. Centrum w terminie 7 dni od dnia rozpatrzenia kompletnego wniosku powiadamia w formie pisemnej wnioskodawcę o sposobie rozpatrzenia wniosku, podając informację o wysokości przyznanego dofinansowania lub uzasadnienie w przypadku decyzji o nieprzyznaniu dofinansowania.
4. W przypadku przyznania dofinansowania warunki jego wypłaty oraz rozliczenia określi umowa zawarta pomiędzy Starostą Grodzkim a Wnioskodawcą.

Załącznik nr do
Zasad dofinansowania ze środków Państwowego
Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika
osoby niepełnosprawnej z terenu Powiatu Grodziskiego

WNIOSEK DOTYCZY WYŁĄCZNIE MIESZKANCÓW POWIATU GRODZISKIEGO

**POWIATOWE CENTRUM
POMOCY RODZINIE W
GRODZISKU WIELKOPOLSKIM**
ul. Żwirki i Wigury 1
62-065 Grodzisk Wlkp.
tel. 061 44 52 508

Data wpływu wniosku
(wypełnia PCPR)

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA –
PRZEWODNIKA
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

1. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia: _____ - _____ - _____ PESEL:

Dowód osobisty: seria..... nr wydany w dniu..... przez

ADRES ZAMELDOWANIA

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica/nr domu/mieszkania Ulica/nr domu/mieszkania.....

Kod-..... Miejscowość Kod-..... Miejscowość

Telefon e-mail

ADRES KORESPONDENCYJNY: (jeśli jest inny niż ww.)

Ulica/nr domu/mieszkania

Kod-..... Miejscowość

Telefon e-mail.....

**2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO* (WYPEŁNIĆ, JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY
OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ) OPIEKUNA PRAWNEGO* LUB PEŁNOMOCNIKA***

Imię i nazwisko:

PESEL:

Dowód osobisty: seria nr wydany w dniu przez

ADRES ZAMELDOWANIA

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica/nr domu/mieszkania Ulica/nr domu/mieszkania

Kod-..... Miejscowość Kod-..... Miejscowość

Telefon e-mail

Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia
sygnatura akt.....
Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza
dnia nr repertorium

3. Stopień niepełnosprawności (wstawić X we właściwej rubryce)

1. Znaczny (inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji)	
2. Umiarkowany (inwalidzi II grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy)	
3. Lekki (inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy)	
4. Osoby w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności	
5. Osoby o stałej lub okresowej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 01.01.1998 r.	
6. Osoby o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	

4. Przyczyna niepełnosprawności (wstawić X we właściwej rubryce)

1. upośledzenie umysłowe	
2. choroby psychiczne	
3. zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	
4. choroby narządu wzroku	
5. upośledzenie narządu ruchu	
6. epilepsja	
7. choroby oddechowego i krążenia	
8. choroby układu pokarmowego	
9. choroby układu moczowo – płciowego	
10. choroby neurologiczne	
11. inne, w tym schorzenia : endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego	
12. całościowe zaburzenia rozwojowe	

5. WNIOSKUJE O DOFINANSOWANIE DO (zaznacz właściwy kwadrat)

- a) Usług tłumacza języka migowego
- b) Usług tłumacza – przewodnika

6. CEL DOFINANSOWANIA

.....
.....

.....
.....
7. Uzasadnienie składanego wniosku:

.....
.....
.....
8. PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA

- 1) przewidywany koszt usługi jednej godziny tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika (maksymalnie 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę usługi)
..... zł brutto (słownie złotych:))
- 2) przewidywana łączna liczba godzin usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika
- 3) przewidywany łączny koszt usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika
..... zł brutto (słownie złotych:))

9. KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIAzł brutto
(słownie złotych:))

10. Miejsce realizacji zadania :

.....
.....
11. Dane osoby świadczącej usługę – tłumacza lub tłumacza przewodnika :

- a) imię i nazwisko:.....
- b) nr NIP:
- c) nr wpisu do rejestru tłumaczy polskiego języka migowego (PJM), systemu językowo- migowego (SJM) i sposobu komunikowania się osób głuchoniemych (SKOGN):
.....
.....
.....

12. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON (zaznacz właściwe)

Czy osoba niepełnosprawna korzystała ze środków PFRON				Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło: PFRON; samorząd powiatowy

RAZEM: kwota
..... zł

13. Oświadczenie wnioskodawcy:

1. Oświadczenie co następuje:

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (uprawniony oraz jego współmałżonek/ małżonka i dzieci)	
w tym liczba osób niepełnosprawnych, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym*)	
Miesięczny dochód**) mojej rodziny obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego	

*Liczba osób niepełnosprawnych, w tym pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym. W przypadku gdy w gospodarstwie domowym zamieszkują oprócz wnioskodawcy inne osoby z orzecznym stopniem niepełnosprawności, wskazane jest dołączenie kopii orzeczenia o niepełnosprawności osoby wspólnie gospodarującej, a także oświadczenie stanowiące załącznik nr 2.

**Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych to dochód pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy 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 pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

W przypadku wątpliwości co należy uznać za dochód, informacji udziela Dział d.s. Rehabilitacji Społecznej Osób Niepełnosprawnych.

- Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłem/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 r. poz. 1000) także w zakresie przetwarzania danych wrażliwych, zawartych w art. 27.ust. 1 wyżej wymienionej ustawy, dotyczących mojej osoby (mojego małoletniego dziecka) przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Grodzisku Wlkp. w ramach realizacji zadania dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnik dla osoby niepełnosprawnej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek złożony w dniu zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i podjęciu uchwały o podziale środków finansowych PFRON na bieżący rok przez Radę Powiatu Grodziskiego.
- Przyjmuję do wiadomości informację, że nieusunięcie uchybień, w tym niedostarczenie załączników, w terminie 30 dni od dnia poinformowania o tym fakcie przez pracownika PCPR, spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

.....
data
wniosek

.....
podpis Wnioskodawcy lub osoby składającej

.....

.....

data
oświadczenie

Pieczętka i podpis osoby przyjmującej

14.DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ:

- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności o symbolu 03-L lub symboli równoważnych stosowanych we wcześniejszych orzeczeniach. W przypadku orzeczenia, w którym brak jest zapisu dotyczącego przyczyny niepełnosprawności, schorzenia te winny być potwierdzone zaświadczeniem lekarza specjalisty wystawionym na druku stanowiącym załącznik do wniosku (**oryginał do wglądu**),
- aktualne zaświadczenie lekarskie (wystawione czytelnie, w języku polskim lub tłumaczeniu zgodnie z załącznikiem do wniosku),
- dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM (Polski Język Migowy), SJM (System Językowo – Migowy), SKOBN (Sposoby Komunikowania się Osób Głuchoniewidomych) (**dotyczy wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługę**),
- oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,
- w przypadku dzieci do 18 roku życia - kopię aktu urodzenia (**oryginał do wglądu**),
- w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kserokopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (**oryginał do wglądu**),
- w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza (**oryginał do wglądu**).

Oświadczam, że:

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 k.k. w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 k.p.a. za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Uwaga: złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

.....
data i podpis wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej lub jej pełnomocnika*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*)*

* niepotrzebna skreślić

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wypisać „Nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu - załącznik nr” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

UWAGA

Wniosek nie dotyczy usług tłumacza realizowanych w organach administracji publicznej oraz w innych jednostkach, które ma mocy przepisów są zobowiązane do zapewnienia dostępu do ww. usług.

Wysokość dofinansowania za godzinę świadczenia usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski

Wniosek Pani/Pana wpłynął dnia

Załączniki dołączone do wniosku:	tak	nie	dostarczyć do dnia*)
orzeczenie			
zaświadczenie lekarskie			
dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy (PJM, SJM, SKOGN) dot. wszystkich tłumaczy którzy mają świadczyć usługi.			
- oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,			
- w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kserokopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu),			
- w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza (oryginał do wglądu).			

*podstawa prawna: § 12 pkt 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2015 r., poz. 926).

L.p.	Występujące uchybienia:
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Wniosek niekompletny:

Dnia Wnioskodawca został poinformowany pisemnie o konieczności usunięcia uchybień/dostarczenia brakujących załączników.

Jeżeli w terminie 30 dni od dnia poinformowania przez pracownika PCPR Wnioskodawcy o występujących uchybieniach/braku załączników tj. do dnia wniosek nie będzie kompletny, zostanie pozostawiony bez rozpatrzenia.

Data pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia

Wniosek kompletny:

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej

*Załącznik nr 1
do wniosku o dofinansowanie ze
środków PFRON usług tłumacza
języka migowego lub tłumacza-
przewodnika*

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Powiatowym Centrum
Pomocy Rodzinie w Grodzisku Wielkopolskim o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika*

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

PESEL:

.....

Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje:

4) słuchu

5) mowy

6) inne (jakie)

.....

.....

.....

Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika

(zaznaczyć właściwe):

7) nie

8) tak – uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....
.....
(data)

(pieczęć i podpis lekarza)

Załącznik nr 2

.....r.
miejsowość data

.....
Imię i nazwisko

.....

.....

Adres zamieszkania

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych osoby niepełnosprawnej
wspólnie gospodarującej z wnioskodawcą (o ile dotyczy).**

Zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 r. poz. 1000), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentacji dotyczącej wniosku na dofinansowanie do usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika dla osoby niepełnosprawnej

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
czytelny podpis

**KARTA WETYFIKACJI WNIOSKU O DOFINANSOWANIE USŁUG TŁUMACZA
JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA – PRZEWODNIK**

Wypełnia pracowni instytucji:

	<i>Tak</i>	Nie	Adnotacje osoby sprawdzającej
Czy wniosek został podpisany przez osobę uprawnioną ?			
Czy wnioskowana kwota dofinansowania mieści się w dopuszczalnym limicie procentowym i kwotowym?			
Czy do wniosku załączono wszystkie wymagane załączniki?			
Czy korzystanie z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika jest uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności wnioskodawcy?			
Czy wskazane okoliczności i potrzeby korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza –przewodnika są uzasadnione?			

Wynik weryfikacji :	tak
Wniosek poprawny	
Wniosek nie kompletny, wymaga uzupełnienia	
Wniosek odrzucony (proszę , wpisać powód odrzucenia wniosku)	
Wniosek pozostawiony bez rozpatrzenia w związku z nie uzupełnieniem wniosku w wyznaczonym terminie	

.....
Data

.....
podpis


 STAROSTA
 Mariusz Zgaiński