

Nr wniosku
Data wpływu

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrocławiu, ul. Kościuszki 131, 50-440 Wrocław

**Wniosek o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika**

I Dane osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie lub niepełnosprawnego dziecka, w którego imieniu występuje rodzic lub opiekun prawny.

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

(ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość), **telefon**

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
(stopień niepełnosprawności lub grupa inwalidzka)

Orzeczenie o niepełnosprawności przed ukończeniem 16. roku życia

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny, pełnomocnik*

.....
(imię i nazwisko)

seria i nr dowodu osobistego..... wydany w dniu.....

przez

PESEL

zamieszkały: ulica nr domu

nr lokalukod pocztowymiejscowość

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. syg. akt/na mocy pełnomocnictwa

potwierdzonego przez Notariusza*

z dn. repet. nr)

II OŚWIADCZENIE

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 wspólnie zamieszkałych wynosi

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa wnioskodawca	Źródło dochodu	Kwota dochodu
1				
2				
3				
4				
5				
6				

*niepotrzebne skreślić

III Przedmiot dofinansowania.....

.....

.....

.....

IV Miejsce realizacji zadania

V Cel dofinansowania

VI Przewidywany koszt realizacji zadania.....zł

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRONzł

VII Nazwa banku i numer rachunku bankowego

VIII Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

IX Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia:

Korzystałem/am TAK/NIE*				
Data przyznania dofinansowania	Numer zawartej umowy	Cel	Kwota	Stan rozliczenia

* niepotrzebne skreślić

Oświadczenia:

1. Upředzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 1950 ze zm.) za fałszywe zeznania, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

2. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrocławiu, ul. Kościuszki 131, w celu złożenia wniosku o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON do usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej (treść <http://www.pcpr.wroclaw.pl/ochrona-danych-osobowych>), w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Do wniosku załączam:

1. Kopię (i oryginał dla potwierdzenia zgodności) aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub grupie) lub kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności przed ukończeniem 16. roku życia.

2. Kopię pełnomocnictwa lub postanowienia o ustaleniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu), jeśli taki został ustanowiony.

.....
(data)

.....
(podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(podpis osoby niepełnosprawnej
lub opiekuna dziecka niepełnosprawnego
lub opiekuna prawnego)