

.....
data wpływu wniosku PCPR

...../
numer kolejny wniosku



W N I O S E K

o dofinansowanie usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika dla osoby niepełnosprawnej za środków PFRON

Wnioskodawca

..... syn/córka*
imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

mięscowość ulica nr domu nr lokalu
adres stałego zamieszkania

nr kodu - poczta powiat

województwo nr tel./faxu (z nr.kier.)

seria nr wydany w dniu
dowód osobisty

przez nr PESEL

Przedmiotem dofinansowania jest:

Przewidywany koszt realizacji zadania: zł.
(słownie: zł.)

Imię i nazwisko właściciela konta bankowego

Adres zamieszkania właściciela konta bankowego

Nazwa banku

nr konta bankowego na które należy przekazać ewentualne przyznane dofinansowanie:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Proszę o przyznanie dofinansowania w kwocie zł.

Termin rozpoczęcia realizacji zadania

Przewidywany czas realizacji zadania

Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania

.....
.....

* *niepotrzebne skreślić*

Informacje o Wnioskodawcy

I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik: Posiadane orzeczenie (wstawić znak x we właściwym kwadracie)

- wydane na stałe wydane na czas określony do dnia.....
- a) o stopniu niepełnosprawności: Znacznym Umiarkowanym Lekkim
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów: I II III
- c) o częściowej niezdolności do pracy / o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym ,
 o całkowitej niezdolności do pracy,
 o niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- d) o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia)

II. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON: (wstawić znak x we właściwej rubryce)

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku)					tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
Razem uzyskane dofinansowanie:						

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

..... syn/córka*
imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria nr..... wydany w dniu przez.....
dowód osobisty

miejscowość ulica.....nr domu..... nr lokalu.....
adres stałego zameldowania

nr kodu-..... poczta.....powiat.....województwo.....

PESEL..... nr tel.

ustanowiony Opiekunem*/Pełnomocnikiem*
*postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia sygn.akt.

* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
z dniarepet. nr

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

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

1. **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.
Słownie:.....
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

****Przeciętny miesięczny dochód** (dochód w rozumieniu przepisu art. 3 ustawy o świadczeniach rodzinnych z dnia 28 listopada 2003r. – / t.j. Dz. U. z 2006r Nr. 139, poz. 992 z późn. zm./, tj. dochód z tytułu pracy, świadczenia emerytalno – rentowe, dochód z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych) pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń (emerytalnego, rentowego i chorobowego) oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.

2. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w moim wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu decyzyjnego zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).**
3. **W przypadku podania informacji, dochodów budzących wątpliwość, wyrażam zgodę na sprawdzenie powyższych danych przez pracownika PCPR.**
4. O zmianach, zaistniałych po złożeniu wniosku, zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
5. Stosownie do art.75 § 2 KPA, świadom(a) odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania zgodnie z art. 233 § 1 KK, który brzmi: „Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”, oświadczam że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym. Uprzedzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art.297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 06.06.1997 r. K.K. (Dz. U. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(podpis Wnioskodawcy*/Przedstawiciela ustawowego*/
Opiekuna prawnego*/Pełnomocnika składającego oświadczenia*

.....
*Własnoręczność podpisu potwierdzam
(data i podpis przyjmującego oświadczenia)*

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu).