

Powiat Łódzki Wschodni

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łodzi

Wniosek przyjęto w PCPR

w dniu ..... nr .....

**WNIOSEK****Osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika.****1. Informacje o wnioskodawcy****IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY:** .....**Data urodzenia:** rok ..... miesiąc ..... dzień .....**PESEL**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

NR Dowodu Osobistego ..... wydany w dniu .....przez .....

**Adres stały:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Kod pocztowy		Ulica		Nr	Powiat	Województwo /Gmina		
Nr tel. : kierunkowy: ..... tel. : .....									

**Adres tymczasowy (od kiedy):** .....

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Kod pocztowy		Ulica		Nr	Powiat	Województwo /Gmina		
Nr tel. : kierunkowy: ..... tel. : .....									

**2. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym**

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za ostatni kwartał wynosi:

.....zł.

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

**3. Stopień niepełnosprawności**

<b>1. Czasowy</b> <input type="checkbox"/> do kiedy: rok.....miesiąc.....	<b>2. Trwały</b> <input type="checkbox"/>	<b>3. Niepełnosprawność dziecka</b> <input type="checkbox"/> do: rok.....miesiąc.....
<b>4. Znaczny</b> <input type="checkbox"/>	<b>5. Umiarkowany</b> <input type="checkbox"/>	<b>6. Lekki</b> <input type="checkbox"/>

**4. Uzasadnienie potrzeby wykonania usługi języka migowego lub tłumacza- przewodnika wynikające z niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej**

.....  
.....  
.....  
.....

**5. Przewidywany termin realizacji usługi:**

Czas rozpoczęcia: .....

Czas zakończenia: .....

**6. Miejsce realizacji usługi języka migowego i przewodnika – tłumacza**

.....

**7. Wnioskowana ilość godzin usługi języka migowego lub tłumacza – przewodnika**

.....

**8. Informacja dotycząca rachunku bankowego**

<i>Nazwa banku</i>	<i>Nr konta bankowego</i>

Uprzedzony o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od chwili zaistnienia zmiany.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie wszelkich danych uzyskanych przez administratora danych dotyczących mojej osoby, w tym również danych dotyczących informacji opisanych w art., 27 ust. 1 Ustawy o Ochronie Danych osobowych z dnia 10 maja 2018 roku (t. j. Dz.U. z 2019r. poz.1781.), w związku z ubieganiem się o: świadczenie ze środków PFRON.

.....

(miejsce i data)

.....

(podpis wnioskodawcy)

.....

(za zgodność podpisu)

**9. Przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny lub pełnomocnik**

**IMIĘ I NAZWISKO:** .....

(imię i nazwisko – drukowanymi)

**PESEL**   

**NIP**           -    -   -

**Adres stały:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Kod pocztowy				Ulica	Nr	Powiat	Województwo /Gmina	
Nr tel. : kierunkowy: ..... tel. : .....									

**Adres tymczasowy:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Kod pocztowy				Ulica	Nr	Powiat	Województwo /Gmina	
Nr tel. : kierunkowy: ..... tel. : .....									

.....  
(miejsce i data)

.....  
(podpis)

Potwierdzam kompletność złożonego wniosku wraz z załącznikami

Piecątka PCPR	data	(pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR,
	podpis:.....	

.....  
(podpis wnioskodawcy)

.....  
( podpis pracownika PCPR)

**Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:**

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, bądź niepełnosprawności</li> <li>2) faktura określająca kwotę opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inne dokumenty potwierdzające zakup</li> </ol> |
|---|

**10. Decyzja dotycząca usługi języka migowego lub tłumacza – przewodnika**

1. Pozytywna

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. Negatywna

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(podpis osób podejmujących decyzję)

Imię i nazwisko

data .....

.....  
pesel  
.....

### OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o dofinansowanie .....  
w procesie realizacji przedmiotowego zadania.

1. Przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji wniosku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 dyrektyw 95-46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1) oraz ustaw wynikających z realizacji zadań PCPR.
2. Moje dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z instrukcji kancelaryjnej.

Podpis wnioskodawcy / pełnomocnika

.....

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., informuję, że:

**1. Administratorem danych osobowych jest:**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

Al. Piłsudskiego 133 d, lok. 214

92-318 Łódź

**2. Inspektorem Danych Osobowych jest:**

Beata Grzesiak – Młynarczyk

42 676 34 87

[beata.grzesiak@lodzkiwschodni.pl](mailto:beata.grzesiak@lodzkiwschodni.pl)

3. Osoba, która powierzyła swoje dane osobowe PCPR posiada prawo do: dostępu treści swoich danych i ich poprawiania, sprostowania, usunięcia, ograniczenia, przetwarzania, przenoszenia danych, cofnięcia zgody na przetwarzanie.
4. Osoba, której PCPR powierza dane osobowe ma prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych naruszyłoby przepis ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
5. Podanie danych osobowych jest obowiązkiem osoby ubiegającej się o pomoc w PCPR, konsekwencją nie podania danych będzie brak możliwości rozpatrzenia i udzielenia ewentualnej przysługującej pomocy.