

.....  
(data wpływu wniosku)

Nr wniosku: **PFRON** .....  
(wypełnia PCPR w Lublińcu)

## WNIOSEK

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

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny bądź pełnomocnik)

#### **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lublińcu**

#### **1. Dane dotyczące Wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: ..... Nr telefonu: .....

Adres zamieszkania: .....

Nazwa banku oraz nr konta bankowego, na które ma zostać przekazane dofinansowanie:

#### **Opiekun prawny lub pełnomocnik:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: ..... Nr telefonu: .....

Adres zamieszkania: .....

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem\* .....

(postanowienie Sądu Rejonowego z dn. .... sygn. akt .....

lub na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....

z dn. .... Repet .nr.....)

#### **2. Oświadczenie o wysokości dochodów:**

*Uwaga: przeciętny 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, w którym składany jest wniosek.*

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi: ..... zł.

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

### 3. Informacja o dotychczasowym korzystaniu ze środków PFRON:

L.p.	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Cel dofinansowania	Kwota	Stan rozliczenia
1.					
2.					
3.					
4.					
<b>Razem</b>					

### 4. Przedmiot dofinansowania (właściwe zaznaczyć):

- Tłumacz języka migowego
- Tłumacz – przewodnik

*Uwaga: usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika finansowane ze środków PFRON może wykonywać osoba, która jest tłumaczem przysięgłym, zarejestrowana przez Wojewodę, która prowadzi działalność gospodarczą. W przypadku zgłoszenia się osoby (tłumacza) nie spełniającej powyższych wymogów, dofinansowanie nie przysługuje. Tłumacza wskazuje osoba niepełnosprawna. Dofinansowaniu nie podlega świadczenie usługi przez tłumacza 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).*

### 5. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas oraz koszt realizacji usługi:

Cel	Termin usługi	Liczba godzin	Zakres świadczenia usługi	Przewidywany koszt (brutto)
Tłumacz języka migowego	1.....	1.....	1.....	1..... zł
	2.....	2.....	2.....	2.....zł
	<b>Razem: ..... zł</b>			
Tłumacz-przewodnik	1.....	1.....	1.....	1.....zł
	2.....	2.....	2.....	2.....zł
	<b>Razem: ..... zł</b>			

**Wnioskowana wysokość dofinansowania ze środków PFRON:** ..... zł (*nie więcej niż 2% kosztów za godzinę świadczenia usługi*).

**6. Miejsce realizacji i cel dofinansowania (*własne uzasadnienie*):**

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

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że dofinansowanie ze środków Funduszu nie obejmuje kosztów zakupów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych ze środków Funduszu i przed zawarciem umowy o dofinansowanie z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Lublińcu.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Upředzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233§ 1, 2 i 3 Kodeksu Karnego za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach do niniejszego wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
(*miejsceowość, data*)

.....  
*czytelny podpis Wnioskodawcy/pełnomocnika/  
opiekuna prawnego*

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (*oryginał do wglądu*).
2. Dokumenty potwierdzające prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (*opiekun prawny, pełnomocnik*).

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 ze zm.), dalej „RODO”, informuję, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, którego siedziba mieści się w Lublińcu przy ul. Sobieskiego 9, 42-700 Lubliniec.

Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Lublińcu: ul. Sobieskiego 9, 42-700 Lubliniec, adres e-mail: iod@lubliniec.starostwo.gov.pl, tel. 530 035 528.

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w zakresie wskazanym w przepisach prawa (ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz 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) odbywa się w celu związanym z przyznaniem dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika (art. 6 ust. 1 lit. c RODO, w przypadku danych szczególnej kategorii art. 9 ust. 2 lit. b RODO).

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty uprawnione do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa oraz podmioty wspierające nas w wypełnianiu naszych uprawnień i obowiązków takie jak np. Poczta Polska S. A. z siedzibą w Warszawie, podmioty świadczące usługi doręczania przy użyciu środków komunikacji elektronicznej, w tym m. in. ePUAP w związku z § 8 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 14 września 2011 r. w sprawie sporządzania i doręczania dokumentów elektronicznych oraz udostępnienia formularzy, wzorów i kopii dokumentów elektronicznych (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 180) oraz podmioty wspierające nas w świadczeniu naszych usług, w tym zapewniających asystę i wsparcie techniczne dla systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane Pani/Pana dane.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres przechowywania danych określonych w instrukcji kancelaryjnej. Po upływie 10 lat akta podlegają brakowaniu, kategoria BE10.

Posiada Pani/Pan:

- na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących,
- na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych,
- na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO\*.

Nie przysługuje Pani/Panu:

- w związku z art. 17 ust.3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
- prawo do przenoszenia danych osobowych, o których mowa w art. 20 RODO,
- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO.

Gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie wynikającym z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz 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 jest wymogiem ustawowym i jest niezbędne, aby przyznać dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika.

Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

\*Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.