|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (data wpływu wnioski) | *WNIOSEK***OSOBY DOROSŁE****o dofinansowanie ze środków****Państwowego Funduszu Rehabilitacji****Osób Niepełnosprawnych****usług tłumacza języka migowego** **lub tłumacza przewodnika** | *PCPR w Sokółce**Ul. Piłsudskiego 8**16 – 100 Sokółka**Tel. (0 85) 711 08 23, 43,**Tel. Fax. (0 85) 711 08 61* |
| numer sprawy:**PCPR.8213/UT****/**.…………**/20…..** |
| **I. DANE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)** |
| 1. Nazwisko
 | 2. Imię |
| 3. Numer PESEL (wypełnić w przypadku nadania numeru) |
| 5. Adres zamieszkania:  |
| 6. Telefon kontaktowy: |
| 7. Nr i seria dowodu osobistego :  Data wydania : wydany przez:  |
| **II. CEL DOFINANSOWANIA**  |
| **WNIOSKUJĘ O DOFINANSOWANIE DO:****TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO TŁUMACZA PRZEWODNIKA**  |
| **III. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH** **WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM** |
| 9. Oświadczenie o wysokości dochodówOświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, 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 na rzecz innych osób, obliczony za **kwartał poprzedzający miesiąc** **złożenia wniosku**, wynosił zł. |
| 10. Oświadczenie o liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:Oświadczam, że liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .Dochód na osobę w rodzinie wynosi:  |
| **IV. FORMA WYPŁATY PRZYZNANEGO DOFINANSOWANIA** |
| 11. Zwrot za usługę proszę wypłacić na wskazane konto bankowe: Imię nazwisko i adres zamieszkania wnioskodawcy/ bądź adres sprzedawcy

|  |
| --- |
|  |

Nr konta wnioskodawcy/ sprzedawcy

|  |
| --- |
|  |

 |
| **V. OŚWIADCZENIE I PODPIS WNIOSKODAWCY LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ** |
| Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r Kodeks karny (Dz.U. 2018, poz. 1600 z późn. zm.), oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (danych osobowych mojego dziecka, podopiecznego) w związku z prowadzonym postępowaniem dotyczącym dofinansowania ze środków PFRON usługi tłumacza języka migowego i przewodnika. 12. Data wypełnienia wniosku 13. Miejscowość14. Podpis czytelny wnioskodawcy lub osoby upoważnionej |

**VI. WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW /DOKUMENTÓW *(WYPEŁNIA PRACOWNIK PCPR)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NAZWA DOKUMENTU** | **ZAŁĄCZONO TAK/NIE** | **DATA UZUPEŁNIENIA** |
| 1. Kopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu) |  |  |
| 2. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę w sposób czytelny i w języku polskim zawierające informację o rodzaju posiadanych schorzeń (zgodnie z załącznikiem) |  |  |
| 3. W przypadku tłumaczenia zajęć lekcyjnych – harmonogram planu zajęć |  |  |
| 4. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego. |  |  |
| 5. Dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM, SJM, SKOGN (dotyczy wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługę) |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| **Ocena merytoryczna wniosku (wypełnia pracownik PCPR):**..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**.** |

**Obowiązek informacyjny w związku z przetwarzaniem danych osobowych:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sokółce** (dalej: „ADMINISTRATOR”), z siedzibą: ul. Marsz. J. Piłsudskiego 8, 16-100 Sokółka. Z Administratorem można się kontaktować pisemnie, za pomocą poczty tradycyjnej na adres: ul. Marsz. J. Piłsudskiego 8, 16-100 Sokółka lub drogą e-mailową pod adresem: pcpr.sokolka@sokolka-powiat.pl

2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod adresem mailowym: **iodo@rt-net.pl.**

3. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane na podstawie 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), tj. w oparciu o zgodę osoby, której dane dotyczą oraz ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego, ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowaniu dzieci, ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka,

ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o Repatriacji.

4. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się w celu korzystania ze świadczeń Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

5. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora lub strony trzeciej.

6. Dane osobowe mogą pochodzić od stron trzecich, tj. Urzędu Gminy, Policji, urzędów pracy, placówek oświatowych, placówek pomocy społecznej, pieczy zastępczej, innych ośrodków pomocy społecznej, innych urzędów gminy, Narodowego Funduszu Zdrowia, sądów, kuratorów sądowych i społecznych oraz instytucji publicznych.

7. Administrator nie zamierza przekazywać danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

8. Administrator będzie przekazywał dane osobowe innym podmiotom, tylko na podstawie przepisów prawa, w tym w szczególności do: Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Urzędu Skarbowego, a także na podstawie umów powierzenia danych.

9. Dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora do 25 lat od czasu ustania świadczenia, zgodnie z przepisami prawa.

10. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz o prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.

11. Skargę nas działania Administratora można wnieść do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

12. Podanie danych osobowych jest wymogiem do wykonania obowiązków administratora. Ich nie podanie spowoduje brak możliwości pobierania świadczeń z Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.

13. Administrator nie przewiduje zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

**Zgoda na przetwarzanie danych:**

Ja, …………………………..…………wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

……………………………………… ……………………………………………..

 data czytelny podpis (wnioskodawcy, pełnomocnika przedstawiciela ustawowego dziecka lub opiekuna prawnego)