



NR SPRAWY: \_\_\_\_\_

(Data wpływu i pieczęć MOPR)

## WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

### I. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek - *proszę wypełniać drukowanymi literami*

|   |                         |
|---|-------------------------|
| NAZWISKO:                                   | IMIE:                   |
| PESEL: _ _ _ _ _                            |                         |
| <u>Adres zamieszkania i forma kontaktu:</u> |                         |
| Miejscowość:                                | Kod pocztowy: _ _ - _ _ |
| Ulica/nr domu/mieszkania:                   | Telefon/Fax:            |

### II. Dane do korespondencji: (jeśli jest inny adres niż ww.)

|                           |                         |
|---------------------------|-------------------------|
| Miejscowość:              | Kod pocztowy: _ _ - _ _ |
| Ulica/nr domu/mieszkania: | E-mail:                 |

### III. Dane z dowodu osobistego niezbędne do zawarcia umowy dofinansowania:

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Nr dowodu osobistego.: _ _ _ _ _ | Wydany przez:                              |
| W dniu: _ _ , _ _ , _ _          | Data ważności dowodu osobistego: _ _ _ _ _ |

### IV. Stopień niepełnosprawności:

|  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. znaczny stopień niepełnosprawności lub całkowita niezdolność do pracy i niezdolność samodzielnej egzystencji lub I grupa inwalidzka | <input type="checkbox"/> |
| 2. umiarkowany stopień niepełnosprawności lub całkowita niezdolność do pracy lub II grupa inwalidzka                                   | <input type="checkbox"/> |
| 3. lekki stopień niepełnosprawności lub częściowa niezdolność do pracy lub III grupa inwalidzka  | <input type="checkbox"/> |

### V. Dotychczasowe korzystanie ze środków finansowych PFRON:

| a) nie korzystałem / am  |   |                             |                             | <input type="checkbox"/>              |
|--|---|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| b) korzystałem / am  |   |                             |                             | <input type="checkbox"/>              |
| Cel<br>(nazwa programu lub zadania w ramach którego przyznana została pomoc) | Przedmiot dofinansowania<br>(co zostało zakupione ze środków PFRON) | Numer i data zawarcia umowy | Kwota przyznana<br>( w zł.) | Stan rozliczenia<br>(kwota do zwrotu) |
|  |   |                             |                             |                                       |
|  |   |                             |                             |                                       |
|  |   |                             |                             |                                       |

**VI. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym wraz z Wnioskodawcą:**

| L<br>p | Imię i nazwisko             | Niepelnosprawność<br>(tak/nie) | Pokrewieństwo | Wiek | Dochód miesięczny<br>netto |
|--------|-----------------------------|--------------------------------|---------------|------|----------------------------|
| 1.     | <b><u>Wnioskodawca:</u></b> |                                | X             |      |                            |
| 2.     |                             |                                |               |      |                            |
| 3.     |                             |                                |               |      |                            |
| 4.     |                             |                                |               |      |                            |
| 5.     |                             |                                |               |      |                            |

**VII. Oświadczenie Wnioskodawcy**

*/ wypełnia wnioskodawca, przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny /*

Ja .....  
imię i nazwisko

zam. ....

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego\* oświadczam co następuje:  
Przeciętny **miesięczny** dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych,  
**podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał  
poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, w którym składany jest wniosek, wynosił

..... zł.

.....  
(podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,  
opiekuna prawnego, pełnomocnika)

**VIII. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania ( uzasadnienie wniosku ):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\* Art. 233 § 1 KK – Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do 6 miesięcy do 8 lat.

**IX. Przedmiot dofinansowania:**

☐ – usługa tłumacza języka migowego

☐ – usługa tłumacza przewodnika

**X. Przewidywany koszt realizacji zadania:**

1. przewidywany koszt usługi jednej (1) godziny tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika

Cyframi:..... (słownie:.....zł)

2. przewidywana łączna liczba godzin usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika

Cyframi:..... (słownie:.....zł)

**XI. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania**

.....  
.....

**XII. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł:**

Cyframi:..... (słownie:.....zł)

**XIII. Nazwa i adres podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika**

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

**XIV. Forma przekazania przyznanego dofinansowania (zaznaczyć właściwy kwadrat):**

- ☐ rachunek bankowy wskazany przez Wnioskodawcę w pkt XV  
☐ odbiór w kasie MOPR  
☐ rachunek bankowy tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika

**XV. Nazwa banku i nr rachunku bankowego**

Bank. .... Oddział .....

Nr Rachunku.....

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

Uprzedzona / y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2025, poz. 383 ze zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,  
opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)

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

nr PESEL ..... miejscowość.....

ulica ..... nr domu ..... nr lokalu ..... nr kodu.....-

poczta .....powiat.....województwo .....

..... nr tel./ faxu (z nr kier.) .....ustanowiony opiekunem\*

/pełnomocnikiem\*.....

\* niepotrzebne skreślić

*Załączniki do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika*

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia potwierdzające rodzaj schorzenia lub dysfunkcji oraz indywidualne potrzeby osoby niepełnosprawnej (ze wskazaniem, że Wnioskodawca wymaga pomocy tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika);
2. Kopia ważnego orzeczenia o znacznym, umiarkowanym bądź lekkim stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego - **oryginał do wglądu;**
3. Dowód osobisty - **oryginał do wglądu;**