Załącznik nr 3

Wniosek osoby mającej stały lub bezpośredni kontakt z osobą uprawnioną  
o dofinansowanie kosztów szkolenia polskiego języka migowego (PJM), systemu językowo-migowego (SJM),  
sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN) lub tłumacza-przewodnika

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Oddział Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: | | | | | | | | | | | |
| 2. Data wypełnienia wniosku: | | | | | | | | | | | |
| I. Dane wnioskodawcy | | | | | | | | | | | |
| 3. Imię | |  |  | 4. Nazwisko | | |  | 5. Płeć\* |  |  | |
|  | | | |  | | | |  | |  | |
| 6. Numer PESEL\*\* | | | | 7. Nr telefonu i nr faksu\*\*\* | | | | 8. Adres poczty elektronicznej (e-mail)\*\*\* | | | |
| Adres zamieszkania\* | |  |  |  |  | | | |  | | |
| 9. Województwo\*\*\*\* | | | 10. Miejscowość | | | | | | 11. Kod pocztowy | | |
| 12. Poczta | | | 13. Ulica | | | | 14. Nr domu | | 15. Nr lokalu | | |
| Adres do korespondencji - jeżeli jest inny niż adres zamieszkania | | | | | | | | | | | |
| 16. Województwo\*\*\*\* | | | 17. Miejscowość | | | | | | 18. Kod pocztowy | | |
| 19. Poczta | | | 20. Ulica | | | | 21. Nr domu | | 22. Nr lokalu | | |
| II. Przedmiot dofinansowania\*\*\*\*\* | | | | | | | | | | | |
| 23. PJM (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany) | | | | | | |  |  |  |  | |
| 24. SJM (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany) | | | | | | |  |  |  |  | |
| 25. SKOGN (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany) | | | | | | | |  |  |  | |
| 26. tłumacz-przewodnik (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany) | | | | | | | | |  |  | |
| III. Nazwa i adres organizatora szkolenia: | | | | | | | | | | | |
| IV. Termin i liczba godzin szkolenia: | | | | | | | | | | | |
| V. Koszt szkolenia: | | | | | | | | | | | |
| VI. Uzasadnienie celu szkolenia: | | | | | | | | | | | |
| VII. Posiadam stały i bezpośredni kontakt z osobami doświadczającymi trudności w komunikowaniu się, w ramach\*: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
| VIII. Ukończone kursy i szkolenia: | | | | | | | | | | | |
| Lp. | Rok ukończenia | Liczba godz. | | | Rodzaj (PJM, SJM, SKOGN, tłumacz-przewodnik) | | | | | Poziom | |
|  |  |  | | |  | | | | |  | |
|  |  |  | | |  | | | | |  | |
|  |  |  | | |  | | | | |  | |
|  |  |  | | |  | | | | |  | |
| Oświadczam, że: | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |
| 1) nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), | | | | | | | | | | | |
| 2) w bieżącym roku nie korzystałem (-łam) ze środków PFRON na szkolenie PJM, SJM, SKOGN lub tłumacza-przewodnika, | | | | | | | | | | | |
| 3) posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach szkolenia. | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | | | |  |
|  |  |  |  |  |  | | (podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania) | | | |  |

\* Właściwe zaznaczyć.

\*\* W przypadku nieposiadania numeru PESEL - seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość. \*\*\* Pole nieobowiązkowe.

\*\*\*\* Nie dotyczy osób mających miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. \*\*\*\*\* Właściwe podkreślić.