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 osobyupoważnionej 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.