**Wniosek członka rodziny osoby uprawnionej 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: | | | | | | | | 3. Numer wniosku1 | | | | | | | |
| **I. Dane wnioskodawcy** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Imię | | | | | 5. Nazwisko | | | | | | | | | | |
| 6. Numer PESEL2 | | | | | 7. Nr telefonu, o ile posiada3 | | | | | | | 8. Adres poczty elektronicznej (e-mail), o ile posiada3 | | | |
| **Adres zamieszkania** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Województwo4 | | 10. Miejscowość | | | | | 11. Powiat | | | | 12. Gmina | | | | 13. Kod pocztowy |
| 14. Poczta | | | | 15. Ulica | | | | | | 16. Nr domu | | | 17. Nr lokalu | | |
| **Adres do korespondencji – jeżeli jest inny niż adres zamieszkania** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. Województwo4 | | | | 19. Miejscowość | | | | | 20. Powiat | | | | 21. Kod pocztowy | | |
| 22. Poczta | | | | 23. Ulica | | | | | | 24. Nr domu | | | 25. Nr lokalu | | |
| **II. Dane osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26. Imię | | | | 27. Nazwisko | | | | | | | | | | | |
| 28. Numer PESEL2 | | | | 29. Nr telefonu, o ile posiada3 | | | | | | 30. Adres poczty elektronicznej (e-mail), o ile posiada3 | | | | | |
| **III. Przedmiot dofinansowania**5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. PJM (poziom A1, A2, B1, B2, C1, C26 lub poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany) 2. SJM (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany) 3. SKOGN (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany) 4. tłumacz-przewodnik (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany) | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IV. Nazwa i adres organizatora szkolenia:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **V. Termin i liczba godzin szkolenia:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VI. Koszt szkolenia:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VII. Ukończone kursy i szkolenia:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lp. | Rok ukończenia | | Liczba godz. | | | Rodzaj (PJM, SJM, SKOGN, tłumacz-przewodnik) | | | | | | | | Poziom | |
|  |  | |  | | |  | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | | |  | | | | | | | |  | |
| Oświadczam, że:   1. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach szkolenia, 2. jestem członkiem rodziny osoby, która trwale lub okresowo doświadcza trudności w komunikowaniu się, wynikających ze stanu jej zdrowia. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VIII. Załączniki** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dołączam dokument zawierający informację o programie szkolenia organizatora szkolenia oraz liczbie godzin szkolenia5:   1. Tak 2. Nie | | | | | | | | | | | | | | | |
| ........................................................................................................................  (podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania) | | | | | | | | | | | | | | | |

Objaśnienia:

* 1. Numer wniosku wprowadza Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
  2. W przypadku nieposiadania numeru PESEL – seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.
  3. Pole nieobowiązkowe.
  4. Nie dotyczy osób mających miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
  5. Właściwe podkreślić.
  6. Przez poziomy szkolenia rozumie się Europejski System Opisu Kształcenia Językowego przyjęty przez Radę Europy.