**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: | 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 |
| posiada |  |
| **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. Uzasadnienie celu szkolenia:** |
| **VIII. Posiadam stały i bezpośredni kontakt z osobami doświadczającymi trudności w komunikowaniu się, w ramach**5**:** |
|  | wykonywania obowiązków służbowych |  | wykonywanej działalności gospodarczej |
|  | wykonywanej działalności społecznej |  | wykonywania innych obowiązków, jakich: |
| **IX. 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. mam stały i bezpośredni kontakt z osobą, która trwale lub okresowo doświadcza trudności w komunikowaniu się, wynikających ze stanu jej zdrowia.
 |
| **X. 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) |

3

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.