

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: Oddział Kujawsko-Pomorski, ul. Szosa Chełmińska 30, 87-100 Toruń				
2. Data wypełnienia wniosku:				
I. Dane wnioskodawcy				
3. Imię	4. Nazwisko	5. Płeć* <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna		
6. Numer PESEL**	7. Nr telefonu i nr faksu***	8. Adres poczty elektronicznej (e-mail)***		
Adres zamieszkania* <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś				
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, <u>średnio zaawansowany</u> , 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: Stowarzyszenie Rozwoju PITAGORAS, ul. Św. Rocha 41B/7, 35-330 Rzeszów				
IV. Termin i liczba godzin szkolenia: 15.03.2021 - 30.06.2021 60 godzin				
V. Koszt szkolenia: 900,00 zł (dziewięćset złotych 00/100)				
VI. Uzasadnienie celu szkolenia:				
VII. Posiadam stały i bezpośredni kontakt z osobami doświadczającymi trudności w komunikowaniu się, w ramach*:				
<input type="checkbox"/>	wykonywania obowiązków służbowych	<input type="checkbox"/>	wykonywanej działalności gospodarczej	
<input type="checkbox"/>	wykonywanej działalności społecznej	<input type="checkbox"/>	wykonywania innych obowiązków, jakich:	
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.