

**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: <b>Oddział Małopolski ul. Na Zjeździe 11, 30-527 Kraków</b>				
2. Data wypełnienia wniosku:				
<b>I. Dane wnioskodawcy</b>				
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)***
<b>Adres zamieszkania*</b> <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	
<b>Adres do korespondencji - jeżeli jest inny niż adres zamieszkania</b>				
16. Województwo****		17. Miejscowość		18. Kod pocztowy
19. Poczta	20. Ulica	21. Nr domu	22. Nr lokalu	
<b>II. Przedmiot dofinansowania*****</b>				
23. PJM ( <u>poziom podstawowy</u> , 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)				
<b>III. Nazwa i adres organizatora szkolenia:</b> <b>Stowarzyszenie Rozwoju PITAGORAS, ul. Św. Rocha 41B/7, 35-330 Rzeszów, NIP: 813-36-41-280</b>				
<b>IV. Termin i liczba godzin szkolenia:</b> <b>13.03.2023 - 30.06.2023   60 godzin</b>				
<b>V. Koszt szkolenia:</b> <b>1000,00 zł (tysiąc złotych 00/100)</b>				
<b>VI. Uzasadnienie celu szkolenia:</b>				
<b>VII. Posiadam stały i bezpośredni kontakt z osobami doświadczającymi trudności w komunikowaniu się, w ramach*:</b>				
<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:
<b>VIII. Ukończone kursy i szkolenia:</b>				
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 (-lam) 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.