

WZÓR

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: <i>dolnośląski we Wrocławiu</i>				
2. Data wypełnienia wniosku: ✓			3. Numer wniosku ¹	
I. Dane wnioskodawcy ✓				
4. Imię		5. Nazwisko		
6. Numer PESEL ²		7. Nr telefonu, o ile posiada ³		8. Adres poczty elektronicznej (e-mail), o ile posiada ³
Adres zamieszkania ✓				
9. Województwo ⁴		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. Województwo ⁴		19. Miejscowość	20. Powiat	21. Kod pocztowy
22. Poczta	23. Ulica	24. Nr domu	25. Nr lokalu	
II. Dane osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy - <i>pełni np. pt. os. niepełnoletni</i>				
26. Imię		27. Nazwisko		
28. Numer PESEL ²		29. Nr telefonu, o ile posiada ³		30. Adres poczty elektronicznej (e-mail), o ile posiada ³
III. Przedmiot dofinansowania ⁵				
31. <u>PJM</u> (poziom A1, A2, B1, B2, C1, C2) ⁶ lub (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)				
32. <u>SJM</u> (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)				
33. <u>SKOGN</u> (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)				
34. <u>tłumacz-przewodnik</u> (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)				
IV. Nazwa i adres organizatora szkolenia: <i>zamigani.pl planba Katowic, 58-500 Jelenia Góra ul. Piłkarska 26/19</i>				
V. Termin i liczba godzin szkolenia: <i>11.03 - 10.06.2024, 90 godz. dydaktycznych</i>				
VI. Koszt szkolenia: <i>1100 zł</i>				
VII. Uzasadnienie celu szkolenia: <i>np. mam / będę mieć kontakt w pracy z osobami głuchymi, chcę mieć kontakt z bliskimi, przyjaciółmi, kolegami</i>				
VIII. Posiadam stały i bezpośredni kontakt z osobami doświadczającymi trudności w komunikowaniu się, w ramach ⁴ :				
<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:		
IX. Ukończone kursy i szkolenia: <i>NIE DOTYCZY - jeśli nie uczestniczyłem w żadnym</i>				
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 szkolenia ⁵ :				
35. Tak				
36. Nie				
✓ (podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania)				

Objaśnienia:

- Numer wniosku wprowadza Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- 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.
- Przez poziomy szkolenia rozumie się Europejski System Opisu Kształcenia Językowego przyjęty przez Radę Europy.