**Załącznik nr 3**

**Wniosek osoby mającej stały lub bezpośredni kontakt z osobą uprawnionąo 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:  **Kujawsko-Pomorski Odział PFRON, ul. Szosa Chełmińska 30, 87-100 Toruń** | | | | | | | | | | | | |
| 2. Data wypełnienia wniosku: | | | | | | | | | | | | |
| **I. Dane wnioskodawcy** | | | | | | | | | | | | |
| 3. Imię | | | | | 4. Nazwisko | | | | | 5. Płeć\* □kobieta □mężczyzna | | |
| 6. Numer PESEL\*\* | | | | | 7. Nr telefonu i nr faksu\*\*\* | | | | | 8. Adres poczty elektronicznej (e-mail)\*\*\* | | |
| **Adres zamieszkania\*** □miasto □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, 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) | | | | | | | | | | | | |
| **III. Nazwa i adres organizatora szkolenia: Towarzystwo Tłumaczy i Wykładowców Języka Migowego „GEST”,  Ubocze 300, 59-620Gryfów Śląski, KRS: 0000357326, REGON: 021274758, NIP: 6161544240** | | | | | | | | | | | | |
| **IV. Termin i liczba godzin szkolenia: 07 marca 2020 do 30 czerwca 2020| 70 godzin** | | | | | | | | | | | | |
| **V. Koszt szkolenia: 900,00 zł** | | | | | | | | | | | | |
| **VI. Uzasadnienie celu szkolenia:** | | | | | | | | | | | | |
| **VII. Posiadam stały i bezpośredni kontakt z osobami doświadczającymi trudności w komunikowaniu się, w ramach\*:** | | | | | | | | | | | | |
|  | wykonywania obowiązków służbowych | | | | | |  | wykonywanej działalności gospodarczej | | | | |
|  | wykonywanej działalności społecznej | | | | | |  | 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 (-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.