

**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 głuchoniemych (SKOGN) lub tłumacza-przewodnika**

1. Oddział Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: PFRON o/				
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   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	
<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 (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: <i>Akustica, Med ul. Sadowa 14/16, 21-500 Biała Podlaska</i>				
IV. Termin i liczba godzin szkolenia: <i>60 godz. dydaktycznych</i>				
V. Koszt szkolenia: <i>700 zł brutto</i>				
VI. Uzasadnienie celu szkolenia:				
VII. Posiadam stały i bezpośredni kontakt z osobami doświadczającymi trudności w komunikowaniu się, w ramach*:				
wykonywania obowiązków służbowych		wykonywania działalności gospodarczej		
wykonywania 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 (-łam) ze środków PFRON na szkolenie PJM, SJM, SKOGN lub tłumacza-przewodnik,				
3) Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału w kosztach szkolenia.				
..... (podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania)				

\*Właściwe zaznaczyć.

\*\*W przypadku nie posiadania numeru PESEL – seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

\*\*\*Pole nieobowiązkowe.

\*\*\*\*Nie dotyczy osób mających miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

\*\*\*\*\*Właściwie podkreślić.

## Informacja dotyczące przetwarzania danych osobowych.

Dane osobowe przekazane przez Wnioskodawcę występującego o dofinansowanie kosztów szkolenia polskiego języka migowego (PJM), systemu językowo-migowego (SJM), sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN) lub tłumacza przewodnika do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13 (administratora danych) będą przetwarzane w celu uzyskania w/w dofinansowania. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do rozpatrzenia Panu/Pani wniosku i udzielenia dofinansowania.

### Oświadczenie.

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres (nr. kodu, miejscowość, ulica, nr domu, nr. mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy ul. Jana Pawła II 13 (administrator danych) w celach związanych z obsługą dofinansowania kosztów szkolenia: polskiego języka migowego (PJM), systemu językowo-migowego (SJM), sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN) lub tłumacza przewodnika zgodnie z ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z d2002 r. Nr 101, poz. 926 za zm.). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania.

.....  
Data i podpis osoby składającej oświadczenie