**Załącznik nr 3**

**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 Łódzki, ul. Kilińskiego 169, 90-353 Łódź** |
| 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:** **Stowarzyszenie Rozwoju PITAGORAS, ul. Św. Rocha 41B/7, 35-330 Rzeszów, NIP: 813-36-41-280** |
| **IV. Termin i liczba godzin szkolenia: 18.09.2023 - 30.11.2023 | 60 godzin** |
| **V. Koszt szkolenia: 1000,00 zł (tysiąc złotych 00/100)** |
| **VI. Uzasadnienie celu szkolenia:**  |
| **VII. Posiadam stały i bezpośredni kontakt z osobami doświadczającymi trudności w komunikowaniu sit, 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.