

Zarządzenie nr.....⁶/2022
Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej
w Świętochłowicach
z dnia^{18.02}..... 2022 r.

*w sprawie: dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*

Na podstawie §17 ust. 3 Statutu Ośrodka Pomocy Społecznej w Świętochłowicach w związku z art. 35 a ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r., poz. 573 z późn. zm.) i rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. z 2015 r., poz. 926).

Zarządzam, co następuje:

§1

1. Wprowadzić wzór wniosku wraz z załącznikami o dofinansowanie usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.
2. Wprowadzić zasady przyznawania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika, które stanowią załącznik nr 2 do niniejszego zarządzenia.

§2

Wykonanie zarządzenia polecam Sekcji ds. Niepełnosprawności.

§3

Traci moc zarządzenie nr 19/2012 Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Świętochłowicach z dnia 31.05.2012 r. w sprawie dofinansowania uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

§4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą obowiązywania od 01.01.2022r.

DYREKTOR
Ośrodka Pomocy Społecznej
w Świętochłowicach


Agnieszka Kilka

Zasady udzielania dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.


Przyjmuje się następujące zasady udzielania dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika.

1. O dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności (osoby niedosłyszące, niesłyszące, głuchonieme, głuchoniewidome), tj.:
 - a) osoba niepełnosprawna posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne,
 - b) osoba doświadczająca stale lub okresowo trudności w komunikowaniu się wynikających z niepełnosprawności – potwierdzone zaświadczeniem lekarza specjalisty.
 - c) osoba, której uzasadnione potrzeby wynikające z niepełnosprawności, mogą być zrealizowane dzięki dofinansowaniu usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika.
2. Dofinansowania udziela się na wniosek osoby niepełnosprawnej lub jej przedstawiciela ustawowego. Do wniosku o dofinansowanie należy dołączyć:
 - a) kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego,
 - b) zaświadczenie lekarza specjalisty, potwierdzające występowanie trudności w komunikowaniu się uzasadniające potrzebę ubiegania się o dofinansowanie do usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika.
3. Wysokość dofinansowania do usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika wynosi do 100,00 zł (sto złotych) za jedną godzinę (60 min.) świadczonych usług, przy czym nie może być wyższa niż 2 % przeciętnego wynagrodzenia (obowiązującego w danym kwartale, ogłoszonego przez Prezesa GUS na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych) za godzinę świadczonych usług.
4. Osoba niepełnosprawna może otrzymać dofinansowanie do usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika w wymiarze do 25 godzin świadczonych usług w danym roku kalendarzowym.
5. Dofinansowanie usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika nie obejmuje refundacji kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.
6. Usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika dofinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych musi wykonywać osoba posiadająca wpis do rejestru właściwego Wojewody.
7. Dofinansowaniu nie podlega świadczenie usług przez tłumacza w organach administracji publicznej (przez organ administracji publicznej rozumie się ministrów, centralne organy

administracji rządowej, wojewodów, działające w nich lub we własnym imieniu inne terenowe organy administracji rządowej zespolonej i niezespolonej, organy jednostek samorządu terytorialnego) oraz w innych jednostkach, które na mocy przepisów są zobowiązane do zapewnienia dostępu do ww. usług lub otrzymują dotację/subwencję, z której mogą być finansowane ww. usługi.

8. Dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika nie przysługuje, jeżeli ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu, lub w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie ubiegającego się o dofinansowanie.

9. Podstawą udzielenia dofinansowania do usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika jest zawarta umowa o dofinansowanie, która określa warunki udzielonego dofinansowania oraz sposób jego rozliczenia.

DYREKTOR
Ośrodka Pomocy Społecznej
w Świerżewicach

Agnieszka Kilka

Wniosek

, Rehabilitacja społeczna – Usługa tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika

Zet - Nr 1
do rozpatrzenia Nr 6/2022
z 18.02.2022v.

Data wpływu:
Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Ze środków finansowych PFRON:

- nie korzystałem
 korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. CEL DOFINANSOWANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Rodzaj dofinansowania:	
Cel dofinansowania:	

II. KOSZTY REALIZACJI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Liczba godzin:	
Cena za godzinę:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	

Wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia (informacja dostępna na stronach GUS).

III. MIEJSCE I CZAS REALIZACJI ZADANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejsce realizacji:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

IV. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta:	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

W kasie lub przekazem pocztowym

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- Bezrobotny poszukujący pracy
- Rencista poszukujący pracy
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- Dzieci i młodzież do lat 18
- Inne / jakie?

OŚWIADCZENIE

Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Nazwa pola	Wartość
Imię i nazwisko:	
Zamieszkały/zamieszkała:	
PESEL:	
Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje:	<input type="checkbox"/> słuchu <input type="checkbox"/> mowy <input type="checkbox"/> inne (jakie)
Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika:	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak – uzasadnienie:

.....
Pieczęć i podpis lekarza

Szanowni Państwo,

W związku z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) dalej zwanym RODO, informujemy, że o przysługujących Pani/Panu prawach.

1. Administratorem Danych Osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Świętochłowicach ul. Katowicka 35, 41-600 Świętochłowice, tel: (32)2455104, email: ops@ops-sw.pl (zwany dalej Administratorem)
2. Administrator wyznaczył Inspektora Danych Osobowych, z którym można się skontaktować pod numerem telefonu: (32)2455104 lub adresem e-mail: iodo@ops-sw.pl
3. Przetwarzanie danych osobowych odbywać będzie się:
 - a) dla wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c i art. 14 ust. 1 lit. c RODO) w szczególności wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych,
 - b) do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów Administratora lub strony trzeciej (art. 6 ust. 1 lit. f RODO). Jeśli zajdzie taka potrzeba, dane przetwarzane będą, w celu ochrony prawnie uzasadnionych interesów, tj. w celu dochodzenia roszczeń oraz obrony przed wysuwanymi roszczeniami. Uzasadniony interes Administratora wraża się także w stosowaniu monitoringu w siedzibie OPS przy ul. Katowickiej 35 w Świętochłowicach, celem zapewnienia m.in. ochrony mienia, bezpieczeństwa osób przebywających na terenie obiektu oraz ochrony przeciwpożarowej i przeciwpowodziowej.
4. Co do zasady Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do realizacji celów wskazanych w pkt. 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa powszechnie obowiązującego, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji. W zakresie uzasadnionego interesu przez okres przedawnienia ewentualnych roszczeń, zgodnie z przepisem art. 118 Kodeksu cywilnego. Dane wizerunkowe zgromadzone za pomocą monitoringu będą przetwarzane przez okres do 3 miesięcy, chyba że nagrania obrazu stanowią dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie przepisów prawa lub mogą stanowić taki dowód, wówczas do czasu prawomocnego zakończenia postępowania.
5. Odbiorcami danych mogą być podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie Administratora w szczególności: kancelarie prawne lub podmioty świadczące usługi księgowo czy informatyczne. Państwa dane mogą być przekazywane także na podstawie odpowiednich przepisów prawa uprawnionym odbiorcom np. PFRON i instytucją kontrolującym.
6. Przysługują Pani/Panu następujące prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:
 - a) prawo dostępu do danych osobowych,
 - b) prawo żądania sprostowania danych osobowych,
 - c) prawo żądania usunięcia danych osobowych,
 - d) prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - e) prawo wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych ze względu na szczególną sytuację – w przypadkach, kiedy dane przetwarzane są na podstawie prawnie uzasadnionego interesu Administratora,
 - f) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. prawo otrzymania danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie informatycznym nadającym się do odczytu maszynowego, które następnie można przesłać innemu administratorowi danych lub zażądać, aby dotychczasowy administrator przesłał dane do innego administratora. Jednakże jest to wykonalne, jeżeli takie przesłanie jest technicznie możliwe. Prawo do przenoszenia danych osobowych przysługuje tylko co do tych danych, które przetwarzane są na podstawie umowy lub zgody,
 - g) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
 - h) gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody, prawo do jej wycofania, przy czym cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania przed jej wycofaniem. Zgodę możesz wycofać w każdym momencie, składając stosowne oświadczenie do Administratora np. korespondencyjnie.
7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu jak również nie będą przekazywane do Państwa trzeciego.
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, niezbędnym do uzyskania świadczenia.

Oświadczam, iż zapoznałam/-em się treścią informacji zamieszczoną powyżej,

Świętochłowice, dnia _____, _____

