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: Kujawsko-Pomorski w Toruniu				
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				
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. **PJM B2 (**poziom A1, A2, B1, B2, C1, C2)[6] lub (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany) 32. SJM (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany) 33. SKOGN (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany) 34. tłumacz-przewodnik (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)				
IV. Nazwa i adres organizatora szkolenia: CODA Beata Głuchowicz-Marcinkowska Pl. Kolanowszczyzna 15/93, 87-800 Włocławek NIP: 8882994738				
V. Termin i liczba godzin szkolenia: 80 godzin				
VI. Koszt szkolenia: 1500 zł				
VII. Uzasadnienie celu szkolenia:				
VIII. Posiadam stały i bezpośredni kontakt z osobami doświadczającymi trudności w komunikowaniu się, w ramach[4]:				
	wykonywania obowiązków służbowych		wykonywanej działalności gospodarczej	
X	wykonywanej działalności społecznej		wykonywania innych obowiązków, jakich:	
IX. Ukończone kursy i szkolenia:				
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:
1. Numer wniosku wprowadza Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
2. W przypadku nieposiadania numeru PESEL – seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.
3. Pole nieobowiązkowe.
4. Nie dotyczy osób mających miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
5. Właściwe podkreślić.
6. Przez poziomy szkolenia rozumie się Europejski System Opisu Kształcenia Językowego przyjęty przez Radę Europy.