

**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 <sup>1</sup>	
<b>I. Dane wnioskodawcy</b>				
4. Imię		5. Nazwisko		
6. Numer PESEL <sup>2</sup>		7. Nr telefonu, o ile posiada <sup>3</sup>		8. Adres poczty elektronicznej (e-mail), o ile posiada <sup>3</sup>
<b>Adres zamieszkania</b>				
9. Województwo <sup>4</sup>		10. Miejscowość	11. Powiat	12. Gmina
13. Kod pocztowy	14. Poczta	15. Ulica		16. Nr domu
17. Nr lokalu	<b>Adres do korespondencji - jeżeli jest inny niż adres zamieszkania</b>			
18. Województwo <sup>4</sup>		19. Miejscowość	20. Powiat	21. Kod pocztowy
22. Poczta	23. Ulica		24. Nr domu	25. Nr lokalu
<b>II. Dane osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy</b>				
26. Imię		27. Nazwisko		
28. Numer PESEL <sup>2</sup>		29. Nr telefonu, o ile posiada <sup>3</sup>		30. Adres poczty elektronicznej (e-mail), o ile posiada <sup>3</sup>
<b>III. Przedmiot dofinansowania<sup>5</sup></b>				
31. <b>PJM B1</b> (poziom A1, A2, <b>B1</b> , B2, C1, C2) <sup>6</sup> 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)				
<b>IV. Nazwa i adres organizatora szkolenia:</b>				
CODA Beata Głuchowicz-Marcinkowska Pl. Kolanowszczyzna 15/93, 87-800 Włocławek NIP: 8882994738				
<b>V. Termin i liczba godzin szkolenia: 06.02.2025-30.05.2025, 78 godz</b>				
<b>VI. Koszt szkolenia: 1300 zł</b>				
<b>VII. Uzasadnienie celu szkolenia:</b>				
<b>VIII. Posiadam stały i bezpośredni kontakt z osobami doświadczającymi trudności w komunikowaniu się, w ramach<sup>4</sup>:</b>				
wykonywania obowiązków służbowych		wykonywanej działalności gospodarczej		
wykonywanej działalności społecznej		wykonywania innych obowiązków, jakich:		
<b>IX. Ukończone kursy i szkolenia:</b>				
Lp.	Rok ukończenia	Liczba godz.	Rodzaj (PJM, SJM, SKOGN, tłumacz-przewodnik)	Poziom
1	2023	60	PJM	Podstawowy - A1
2	2024	70	PJM	A2
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.				
<b>X. Załączniki</b>				
Dołączam dokument zawierający informację o programie szkolenia organizatora szkolenia oraz liczbie godzin szkolenia <sup>5</sup> :				
35. Tak				
36. Nie				
<p>.....</p> <p>(podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania)</p>				

## 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.