

**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. <u>PJM</u> (poziom A1, A2, B1, 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: 11.06.2024-30.07.2024, 66 godzin</b>				
<b>VI. Koszt szkolenia: 1100 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>				
<input checked="" type="checkbox"/>	wykonywania obowiązków służbowych		wykonywanej działalności gospodarczej	
<input checked="" type="checkbox"/>	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
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. <u>Tak</u>				
36. Nie				
..... (podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania)				

## Objaśnienia:

- Numer wniosku wprowadza Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- 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.
- Przez poziomy szkolenia rozumie się Europejski System Opisu Kształcenia Językowego przyjęty przez Radę Europy.