

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 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 dofinansowania⁵				
31. <u>PJM</u> (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: 01.02.2024-24.05.2024, 70 godzin				
VI. Koszt szkolenia: 1200 zł				
VII. Uzasadnienie celu szkolenia:				
VIII. Posiadam stały i bezpośredni kontakt z osobami doświadczającymi trudności w komunikowaniu się, w ramach⁴:				
<input checked="" type="checkbox"/>	wykonywania obowiązków służbowych		wykonywanej działalności gospodarczej	
<input checked="" type="checkbox"/>	wykonywanej działalności społecznej		wykonywania innych obowiązków, jakich:	
IX. Ukończone kursy i szkolenia:				
Lp.	Rok ukończenia	Liczba godz.	Rodzaj (PJM, SJM, SKOGN, tłumacz-przewodnik)	Poziom
1	2023	60	PJM	PODSTAWOWY A1
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. <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.