

**Wniosek osoby uprawnionej o dofinansowanie kosztów szkolenia języka polskiego, 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 <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. PJM (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)				
35. język polski w piśmie nauczany metodą glottodydaktyczną (poziom A1, A2, B1, B2, C1, C2) <sup>6</sup>				
<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:</b>				
<b>VI. Koszt szkolenia:</b>				
<b>VII. Ukończone kursy i szkolenia:</b>				
Lp.	Rok ukończenia	Liczba godz.	Rodzaj (język polski, PJM, SJM, SKOGN, tłumacz-przewodnik)	Poziom
Oświadczam, że:				
1) posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach szkolenia,				
2) doświadczam trudności w komunikowaniu się, które wynikają z mojego stanu zdrowia.				
<b>VIII. Załączniki</b>				
Dołączam dokument zawierający informację o programie szkolenia organizatora szkolenia oraz liczbie godzin szkolenia <sup>5</sup> :				
36. Tak				
37. 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.