**Załącznik nr 2**

*WZÓR*

**Wniosek członka rodziny osoby uprawnionej 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: **OLSZTYN** |
| 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** |
| 1. **PJM** (poziom **A1**, A2, B1, B2, C1, C2)6 lub (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)
2. SJM (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)
3. SKOGN (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)
4. tłumacz-przewodnik (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)
 |
| **IV. Nazwa i adres organizatora szkolenia:** Fundacja Pro Actione, 10-685 Olsztyn, ul. Barcza 46 lok. 39 |
| **V. Termin i liczba godzin szkolenia:** 1.III – 17.V.2025 r., 60 h |
| **VI. Koszt szkolenia:** 1100,- zł |
| **VII. 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. jestem członkiem rodziny osoby, która trwale lub okresowo doświadcza trudności w komunikowaniu się, wynikających ze stanu jej zdrowia.
 |
| **VIII. Załączniki** |
| Dołączam dokument zawierający informację o programie szkolenia organizatora szkolenia oraz liczbie godzin szkolenia5:35. **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.