

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy**

**ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica** **tel.: 74 851-50-31, fax: 74 851-50-11**   
 **e-mail:** [**pcpr@pcpr.swidnica.pl**](mailto:pcpr@pcpr.swidnica.pl)

NR WNIOSKU: ZON………………………………………………………………

|  |
| --- |
| ……………………………………………………  pieczęć z datą wpływu do PCPR |

**WNIOSEK**

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA - PRZEWODNIKA**

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub jej pełnomocnik bądź opiekun prawny, a w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic lub opiekun prawny, proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY – osoby niepełnosprawnej:**

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………………………………………………........................

PESEL: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**adres zamieszkania:**

ulica ………………………………………………………………….…. nr domu ………………………… nr lokalu ……………………….................

kod ………….-………………… miejscowość ……………………………………………. gmina …………………………………………………………..

telefon ………………………………………………………………. (w przypadku podania, proszę wypełnić zał. nr 2 do wniosku)

**RACHUNEK BANKOWY WNIOSKODAWCY**, na który mają zostać przekazane środki w przypadku zapłaty gotówką za przedmiot dofinansowania

|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Nazwa banku …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**II. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO/PEŁNOMOCNIKA:**

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………………………………………………............................

PESEL: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**adres zamieszkania (wypełnić, gdy jest inny niż Wnioskodawcy):**

ulica ………………………………………………………………….…. nr domu ………………………… nr lokalu ………………………...................

kod ………….-………………… miejscowość ……………………………………………. gmina …………………………………………………………....

telefon ………………………………………………………………. (w przypadku podania, proszę wypełnić zał. nr 2 do wniosku)

Opiekun prawny ustanowiony postanowieniem Sądu ……………………………………….. w …………………………………………………

z dnia ………………………………………… sygnatura akt ……………………………………………………………………………………………………….

Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza nr …………………………………………………………..

z dnia ………………………………………… repertorium nr ……………………………………………………………………………………………………..

**III. STATUS ZAWODOWY WNIOSKODAWCY – osoby niepełnosprawnej (zaznaczyć właściwe pole):**

|  |  |
| --- | --- |
| zatrudniony |  |
| prowadzący działalność gospodarczą |  |
| osoba ucząca się lub studiująca |  |
| osoba bezrobotna |  |
| osoba poszukująca pracy |  |
| osoba niezatrudniona |  |
| osoba posiadająca ustalone prawo do świadczeń emerytalnych |  |
| osoba posiadająca ustalone prawo do świadczeń rentowych |  |

**IV. SYTUACJA RODZINNA WNIOSKODAWCY – osoby niepełnosprawnej (zaznaczyć właściwe pole):**

|  |  |
| --- | --- |
| osoba mieszkająca samotnie |  |
| osoba zamieszkująca wyłącznie z osobami niepełnosprawnymi |  |
| osoba zamieszkująca z pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi członkami rodziny |  |
| osoba zamieszkująca tylko z pełnosprawnymi członkami rodziny |  |

**V. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM:**

|  |  |
| --- | --- |
| **liczba osób** pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym |  |
| **miesięczny dochód**\* mojej rodziny obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc,  w którym składany jest wniosek |  |
| **miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego** |  |

Korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej:

Czy Wnioskodawca i/lub osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym korzystają ze świadczeń pomocy społecznej □ TAK □ NIE

Jeśli tak to w jakiej formie: ………………………………………………………………………………………………………………......................

**\* Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego**w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych to **dochód** pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

**VI. INFORMACJE DOTYCZĄCE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON (w ciągu 3 lat od daty wykorzystania środków finansowych):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zwanego Funduszem □ TAK □ NIE | | | | |
| Czy Wnioskodawca w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy □ TAK □ NIE | | | | |
| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON: □ TAK □ NIE | | | | |
| **nr zawartej umowy** | **data przyznania dofinansowania** | **kwota przyznanego dofinansowania** | **cel** | **stan rozliczenia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM:** |  |  |  |

**VII. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………….

**VIII. CEL DOFINASOWANIA USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA - PRZEWODNIKA (uzasadnienie, że potrzeba usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika poprawi sytuację osoby niepełnosprawnej):**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**IX. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**X. PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA:**

1) przewidywany koszt usługi jednej godziny tłumacza języka migowego lub tłumacza -przewodnika ………………..…. zł

2) przewidywana łączna liczba godzin usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika ………………………….

**Wnioskodawca dokonuje rozeznania we własnym zakresie kosztów usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza- przewodnika dla własnych potrzeb wynikających ze stopnia niepełnosprawności celem określenia ceny brutto realizacji zadania.**

**XI. WYSOKOŚĆ KWOTY WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU (do 2% kosztów przeciętnego wynagrodzenia za godzinę świadczenia usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika):**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……… zł

(słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..… złotych)

**XII. TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………..…….

**XIII. NAZWA I ADRES PODMIOTU ŚWIADCZĄCEGO USŁUGĘ TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA- PRZEWODNIKA:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….………………………..

**XIV. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

1. Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponowała/ł środkami finansowymi na opłacenie wymaganego udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.

2. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem. Nie gwarantuje też, że kwota przyznanego dofinansowania będzie równa oczekiwanej przez Wnioskodawcę.

3. Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte   
w niniejszym wniosku i załącznikach podane zostały zgodnie z prawdą.

4. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku podania zawartych we wniosku nieprawdziwych informacji, umowa na podstawie której przyznano środki finansowe Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zostanie rozwiązana, a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz   
z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.

5. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku powzięcia wątpliwości odnośnie podanych we wniosku   
o dofinansowanie danych, w szczególności, co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, PCPR wezwie Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

6. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od ich powstania.

7. Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:

a) dofinansowanie nie przysługuje osobom, które w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku były, stroną umowy   
o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby,

b) dofinansowanie nie przysługuje, jeżeli Wnioskodawca ma zaległości wobec Funduszu,

c) dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych   
i zawarciem umowy o dofinansowanie,

d) podstawę dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stanowi umowa zawarta pomiędzy Powiatem Świdnickim reprezentowanym przez Dyrektora PCPR a Wnioskodawcą,

e) nieusunięcie braków i uchybień we wniosku w wyznaczonym przez PCPR terminie 30 dni skutkować będzie pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia.

.................................................................................

(czytelny podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego,   
Opiekuna prawnego, Pełnomocnika\*)

\*właściwe zaznaczyć

|  |
| --- |
| ……………………………………………………, dnia ………………………………….  miejscowość data  **OŚWIADCZENIE**  W nawiązaniu do wniosku dotyczącego dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika, upoważniam:  …………………………………………………………………………………………………………  (imię i nazwisko osoby upoważnianej)  …………………………………………………………………………………………………………  PESEL osoby upoważnianej  **do złożenia wniosku, doniesienia i odbioru dokumentów, odbioru umowy/aneksu do podpisu w ww. sprawie.**  ………………………………………………………………………………………  (czytelny podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego,  Opiekuna prawnego, Pełnomocnika\*)  \*właściwe zaznaczyć |

**Załączniki wymagane do wniosku (ORYGINAŁY DO WGLĄDU):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa załącznika | wypełnia PCPR | | |
| Załączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia |
| 1. | Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopia wypisu  z treści orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem albo kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy  w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 roku | tak/nie | tak/nie |  |
| 2. | Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające opis przyczyny niepełnosprawności i uzasadnienie – wyłącznie w przypadku jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu | tak/nie | tak/nie |  |
| 3. | W przypadku opiekuna prawnego kopia odpisu wyroku sądu orzekającego ubezwłasnowolnienie | tak/nie | tak/nie |  |
| 4. | W przypadku pełnomocnika kopia pełnomocnictwa notarialnego | tak/nie | tak/nie |  |
| 5. | Klauzula o przetwarzaniu danych osobowych - załącznik nr 1 do wniosku | tak/nie | tak/nie |  |
| 6. | Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych - załącznik nr 2 do wniosku | tak/nie | tak/nie |  |

**Wniosek kompletny:**

|  |  |
| --- | --- |
| tak | nie |

**Adnotacje urzędowe:**

……………………………………………………………………………..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Świdnica, dnia ........................................................................

*/podpis pracownika weryfikującego wniosek/*

**Załącznik nr 1**

**do wniosku o dofinansowanie**

**usług tłumacza języka migowego**

**lub tłumacza - przewodnika**

**KLAUZULA INFORMACYJNA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L.2016.119.1) – dalej RODO informuję, że:

1. Administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, jak będą wykorzystywane Pani/Pana dane osobowe, jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica.   
Z Administratorem może się Pani/Pan kontaktować za pomocą operatora pocztowego na adres:   
ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica lub za pomocą adresu poczty elektronicznej: e-mail: [pcpr@pcpr.swidnica.pl](mailto:pcpr@pcpr.swidnica.pl).

2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować za pomocą adresu poczty elektronicznej: e-mail: [iod@pcpr.swidnica.pl](mailto:iod@pcpr.swidnica.pl) lub za pomocą operatora pocztowego na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica z dopiskiem: „Inspektor Ochrony Danych”.

Może/gą Pani/Pan/Państwo się kontaktować z inspektorem ochrony danych we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem swoich danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących Pani/Panu na podstawie RODO.

3. Pani/Pana/Państwa dane osobowe są przetwarzane w celu prowadzenia spraw o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach realizacji zadań będących w kompetencji Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO.

4. Pani/Pana/Państwa dane osobowe będą przekazywane osobom upoważnionym przez Administratora. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:

a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,

b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy,

c) inne podmioty upoważnione na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

d) podmioty, którym przekazanie Pani/Pana /Państwa danych osobowych następuje na podstawie Pani/Pana/Państwa wniosku lub zgody.

5. Pani/Pana/Państwa dane osobowe będą przechowywane przez Administratora przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt 3, a następnie po tym czasie zgodnie z zatwierdzoną instrukcją archiwalną i jednolitym rzeczowym wykazem akt dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie na mocy przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

6. Pani/Pana/Państwa dane osobowe nie są przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy i do organizacji międzynarodowych.

7. Pani/Pana/Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

8. Administrator pragnie zapewnić Panią/Pana/Państwa, że wszystkim osobom, których dane osobowe są przetwarzane przez Administratora, przysługują odpowiednie prawa wynikające z RODO. W związku z tym przysługują Pani/Panu/Państwu prawo dostępu do treści swoich danych w tym prawo do uzyskania kopii tych danych, do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, przenoszenia, oraz inne uprawnienia w tym zakresie zgodnie z obowiązującymi przepisami.

9. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO, czyli zgody na przetwarzanie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu/Państwu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem zgodnie z obowiązującym prawem.

10. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane osobowe dotyczą, podanie przez Panią/Pana/Państwa danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.

11. Ma/cie Pani/Pan/Państwo prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna/cie Pani/Pan/Państwo, iż przetwarzanie dotyczących Pani/Pana/Państwa danych osobowych narusza przepisy RODO.

12. Podanie przez Panią/Pana/Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem zawarcia umowy. Jest/eście Pani/Pan/Państwo zobowiązana/y/i do ich podania lub ich uzupełnienia ze względu na złożony wniosek, a konsekwencją niepodania i nieuzupełnienia danych osobowych będzie pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia.

13. Podane przez Panią/Pana/Państwa dane osobowe są przetwarzane w formie papierowej   
i elektronicznej (systemy informatyczne Administratora).

14. Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej   
i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami.

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą.**

………………………………………………………………………………………

(czytelny podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego,   
Opiekuna prawnego, Pełnomocnika\*)

\*właściwe zaznaczyć

**Załącznik nr 2**

**do wniosku o dofinansowanie**

**usług tłumacza języka migowego**

**lub tłumacza - przewodnika**

**KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DLA KLIENTA**

**Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Adres: …………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:

* mojego numeru telefonu □ tak □ nie

dla potrzeb efektywnej i sprawnej realizacji złożonego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika, co będzie wpływać na ułatwienie komunikacji z wnioskodawcą.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie oraz oświadczam, że są one zgodne   
z prawdą.

**Oświadczam, że:**

a) zostałam/em poinformowana/y, że udzielona zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych może zostać odwołana w dowolnym momencie za pomocą poczty elektronicznej, za pośrednictwem operatora pocztowego lub osobiście w sekretariacie tutejszego Centrum. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,

b) zostałam/em poinformowana/y, iż Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy nie może na podstawie niniejszej zgody przetwarzać powyższych danych w sposób naruszający moje dobre imię lub dobra osobiste, a także w zakresie i celu innym niż wskazane powyżej,

c) zostałam/em poinformowana/y, że wyrażenie niniejszej zgody nie zwalnia Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy z obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa co do zabezpieczenia przetwarzanych danych oraz ich legalnego przetwarzania.

………………………………………………………………………….

(miejscowość, data, czytelny podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego,   
Opiekuna prawnego, Pełnomocnika\*)

\*właściwe zaznaczyć