

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Pełna nazwa Wnioskodawcy:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Strona internetowa:	

II. ADRES SIEDZIBY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

☐ Taki sam jak adres siedziby

III. ADRES DO KORESPONDENCJI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY

Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem funkcji jaką pełnią w organizacji, które zgodnie z postanowieniami statutu lub innego aktu wewnętrznego są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy.

Imię i nazwisko	PESEL	Funkcja

Część B – INFORMACJE DODATKOWE

I. INFORMACJE DODATKOWE

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Status prawny:	
Nr rejestru sądowego (KRS):	
Data wpisu do rejestru sądowego:	

Organ założycielski:	
REGON:	
NIP:	
Podstawa działania:	
Sektor finansów:	☐ publicznych ☐ niepublicznych
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

II. INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Czy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych?	☐ Tak ☐ Nie
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:	☐ Tak ☐ Nie
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy
Podstawa prawna:	
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:	☐ Tak ☐ Nie

Czy wnioskodawca otrzymał pomoc inną niż de minimis (w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis)?:	☐ Tak ☐ Nie
Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:	☐ Tak ☐ Nie
Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:	☐ Tak ☐ Nie

III. INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych?	
Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:	
Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:	

IV. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?

☐ Tak

☐ Nie

V. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia	Kwota rozliczona

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**I. PRZEDMIOT WNIOSKU**

Przedmiot wniosku:

.....

II. SZCZEGÓŁOWY PRELIMINARZ SPRZĘTU

Lp.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem	Do weryfikacji (wypełnia PCPR)

III. MIEJSCE REALIZACJI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Określenie planowanych lokalizacji, w których będzie znajdował się sprzęt będący przedmiotem wniosku:	

IV. OPIS PRZEDSIĘWZIĘCIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Termin od:	
Termin do:	
Cel dofinansowania:	
Liczba uczestników ogółem:	
- w tym osoby niepełnosprawne do 18 lat:	
- w tym osoby niepełnosprawne powyżej 18 lat:	
Przewidywane efekty:	
Przewidywany łączny koszt realizacji zadania:	
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:	
Własne środki przeznaczone na realizację zadania:	
Inne publiczne źródła finansowania ogółem - z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON:	
Inne niepubliczne źródła finansowania ogółem - z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON:	

Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek:

.....

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania.
2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.

Miejscowość	Data	Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista
1. Aktualny wypis z rejestru sądowego /ważny 6 miesięcy/ 2. Statut. 3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo). 4. Oświadczenie o posiadaniu konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach. 5. Oświadczenie Wnioskodawcy o braku wymagalnych zobowiązań wobec PFRON. 6. Przedsiębiorca do wniosku dołącza: a) zaświadczenia o pomocy publicznej otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy publicznej w tym okresie, b) informacje o każdej pomocy innej niż publiczna, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc publiczna. 7. Pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej do wniosku dołącza: a) potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej, b) informację o wysokości i sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku, c) informację, o której mowa w pkt 6, 8. Kalkulacja wydatków związanych z przedmiotem wniosku – kosztorys (z podaniem podstawy kalkulacji). 9. Informacja o posiadaniu środków własnych i źródeł finansowania innych niż środki PFRON (w formie oświadczenia). 10. Udokumentowanie działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku. 11. Zatrudnienie fachowej kadry do obsługi lub zobowiązanie do jej zatrudnienia. 12. Posiadanie odpowiednich warunków lokalowych i technicznych. 13. Klauzula informacyjna.

.....
miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

.....
(data)

.....
.....
(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

Posiada następujący rachunek bankowy/ rachunki bankowe:

Nazwa pola	Wartość
1. Nazwa banku	
Nr rachunku bankowego	
Informacja o ewentualnych obciążeniach	
2. Nazwa banku	
Nr rachunku bankowego	
Informacja o ewentualnych obciążeniach	

Pieczęć wnioskodawcy	Data, pieczętki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy

.....
miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

.....
(data)

.....
.....
(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych.

Pieczęć wnioskodawcy	Data, pieczętki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy

Oświadczenie o otrzymaniu/ nieotrzymaniu pomocy de minimis

.....
(imię i nazwisko / nazwa wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania/ siedziba)

W związku z art. 37 ust 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jedn.: Dz.U. z 2016 r. poz. 1808, 1948) **oświadczam**, że w okresie bieżącego roku podatkowego oraz 2 poprzednich lat podatkowych

☐ **nie otrzymałem pomocy de minimis***

☐ **otrzymałem pomocy de minimis***

w kwocie zł stanowiącej równowartość euro, zgodnie z poniższym zestawieniem:

Lp.	Organ udzielający pomocy	Dzień udzielenia pomocy	Nr decyzji/ zaświadczenia	Kwota pomocy	
				PLN	EURO

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

.....
(podpis osoby upoważnionej)

* **zaznaczyć właściwe**

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO):

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jasle reprezentowane przez Dyrektora, z siedzibą przy ul. Rynek 18, 38-200 Jasło. Dane kontaktowe: dyrektor@pcprjaslo.info, tel.: 13 448 34 40;
2. Dane kontaktowe do Inspektora ochrony danych: iod@bdo24.eu.
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust 1 lit c, lit e, art. 9 ust. 2 lit. b, lit g RODO tj. wypełnienie obowiązków prawnych, realizacja zadań w interesie publicznym, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
5. Odbiorcami danych osobowych w posiadaniu których jest/będzie PCPR mogą być wyłącznie podmioty i inne organy publiczne które posiadają dostęp do danych na podstawie przepisów powszechnie obowiązujących;
6. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
7. Dane osobowe będą przechowywane wyłącznie do osiągnięcia celu oraz okres archiwizacji wymagany dla danej kategorii danych przez obowiązujące przepisy prawa, zgodnie z kategorią archiwalną B-10, tj. 10 lat.
8. Osoba, której dane są przetwarzane ma prawo żądania: dostępu do treści swoich danych, sprostowania danych, żądania usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania oraz zgłoszenia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli zachodzą przesłanki do tych uprawnień.
9. Osoba, której dotyczą dane osobowe, ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie, gdy uzna, że przetwarzanie danych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
10. Złożenie wniosku jest dobrowolne, tym samym podanie danych jest dobrowolne. W przypadku złożenia wniosku, podanie danych jest niezbędne aby wniosek mógł zostać rozpatrzony, w przypadku niepodania danych wniosek zostanie odrzucony.
11. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również nie będą podlegać profilowaniu.

Potwierdzam zaznajomienie się z powyższą klauzulą

.

.....

(data, czytelny podpis)