

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

ul. Poznańska 30, 64-300 Nowy Tomyśl

tel. 61 44 26 773, [www.pcprnt.pl](http://www.pcprnt.pl)

e-mail: pcpr@powiatnowotomyski.pl

|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu: |  |
| Nr sprawy: | ZRWOP.7011.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

WNIOSEK

# o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej**

na rok ……………

Zgodnie z § 12 ust. 1 rozporządzenia 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 (Dz. U. z 2015 r., poz. 926 ze zm.) wniosek należy złożyć do 30 listopada roku poprzedzającego realizację zadania.

**We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”.** W przypadku gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ....” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| I. DANE WNIOSKODAWCY | |
| Nazwa pola | Wartość |
| Pełna nazwa Wnioskodawcy: |  |
| Nr telefonu: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Strona internetowa: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| II. ADRES SIEDZIBY | |
| Nazwa pola | Wartość |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica: |  |
| Nr domu: |  |
| Nr lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Poczta: |  |

* Taki sam jak adres siedziby

|  |  |
| --- | --- |
| III. ADRES DO KORESPONDENCJI | |
| Nazwa pola | Wartość |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica: |  |
| Nr domu: |  |
| Nr lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Poczta: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IV. 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 | Wartość |
| 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 | Wartość |
| Czy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych? | □ Nie □ Tak |
| Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT: | □ Nie □ Tak |
| Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT: |  |
| Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony  do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony: | * Nie dotyczy □ Nie □ Tak |
| Podstawa prawna: |  |
| Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?: | □ Nie □ Tak |
| 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)?: | □ Nie □ Tak |
| Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?: | □ Nie □ Tak |
| Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?: | □ Nie □ Tak |

III. INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| 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 w kolejnych 3 latach poprzedzających rok złożenia wniosku?

* Nie
* Tak

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| V. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON | | | | | |
| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia | Kwota dofinan- sowania | Stan rozliczenia | Kwota rozliczona |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

|  |
| --- |
| I. PRZEDMIOT WNIOSKU |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| II. SZCZEGÓŁOWY PRELIMINARZ SPRZĘTU | | | | | |
| Lp. | Nazwa | Ilość sztuk | Cena jednostkowa | Wartość ogółem | Do weryfikacji (wypełnia PCPR) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| III. MIEJSCE REALIZACJI | |
| Nazwa pola | Wartość |
| Określenie planowanych lokalizacji, w których będzie znajdował się sprzęt będący przedmiotem wniosku: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| IV. OPIS PRZEDSIĘWZIĘCIA | |
| Nazwa pola | Wartość |
| 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: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| V. KOSZTY PRZEDSIĘWZIĘCIA | |
| Nazwa pola | Wartość |
| 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 – OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Podane informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym – przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania. Znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r., poz. 1138 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.
2. Zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania.
3. Posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
4. Reprezentowany/a przeze mnie podmiot/organizacja □ posiada / □ nie posiada zobowiązania(ń) wobec PFRON, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz wobec Urzędu Skarbowego.
5. Reprezentowany/a przeze mnie podmiot/organizacja w okresie 3 lat od dnia złożenia wniosku □ była /   
   □ nie była stroną umowy z PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.
6. Reprezentowany/a przeze mnie podmiot/organizacja zapewni minimum 20% całkowitych kosztów realizacji zadania.
7. Reprezentowany/a przeze mnie podmiot/organizacja □ prowadzi / □ nie prowadzi działalność(ci) na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożeniem wniosku.
8. □ Otrzymałem(am) / □ nie otrzymałem(am) pomocy de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe (w przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć zaświadczenie(a) o otrzymanej pomocy).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy  de minimis | Podstawa prawna otrzymanej pomocy i jej przeznaczenie | Dzień udzielenia pomocy (dzień- miesiąc-rok) | Wartość pomocy w euro | Nr programu pomocowego,  decyzji lub umowy |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| Razem: | | | |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejscowość | Data | Podpisy osób uprawnionych  do reprezentowania Wnioskodawcy |
|  |  |  |
|  |  | ……………………………………………………………………….. |
|  |  | ……………………………………………………………………….. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU | | |
| Lp. | Nazwa | |
| 1. | Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego (ważność 3 miesiące do dnia złożenia wniosku) potwierdzona za zgodność z oryginałem, albo wydruk informacji ze strony internetowej Krajowego Rejestru Sądowego pobranej w trybie art. 4 ust. 4aa ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym. | |
| 2. | Kopia statutu / regulaminu potwierdzona za zgodność z oryginałem. | |
| 3. | Kopia pełnomocnictwa do podejmowania wszelkich czynności dot. realizacji wniosku, w tym: złożenia wniosku, zawarcia i wykonania umowy oraz innych czynności związanych z realizacją zadania - w przypadku organizacji nieposiadającej osobowości prawnej. | |
| 4. | W przypadku gdy Wnioskodawca jest przedsiębiorcą prowadzącym działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców – do wniosku dołącza się:   1. zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie, 2. informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis. | |
| 5. | Jeżeli wnioskodawcą jest pracodawca prowadzący Zakład Pracy Chronionej – potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu ZPCH oraz informację o wysokości i sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku. | |
| KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH  W POWIATOWYM CENTRUM POMOCY RODZINIE W NOWYM TOMYŚLU | | |

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 (dalej RODO), obowiązującego od 25 maja 2018 r., informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomyślu, ul. Poznańska 30, 64-300 Nowy Tomyśl. Kontakt z administratorem jest możliwy także za pomocą adresu mailowego: [pcpr@powiatnowotomyski.pl](mailto:pcpr@powiatnowotomyski.pl)
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Aleksandra Cnota-Mikołajec. Kontakt z inspektorem jest możliwy za pomocą adresów mailowych: aleksandra@eduodo.pl lub [iod@eduodo.pl](mailto:iod@eduodo.pl)
3. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą:
5. organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działających na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa – w tym PFRON, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa m.in. celem wprowadzenia do systemu SOW należącego do PFRON.
6. inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z administratorem przetwarzają jego dane osobowe,
7. podmioty realizujące zadania Administratora Danych Osobowych, takie jak: operator pocztowy, bank, dostawca oprogramowania dziedzinowego.
8. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 3. W przypadkach, w których wymagają tego przepisy ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach - przez czas określony w tych przepisach.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.
10. Ma Pani/Pan prawo żądania od Administratora:
11. dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich pierwszej kopii,
12. do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
13. do usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 17 RODO oraz art. 18 RODO,
14. do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na zasadach opisanych w art. 21 RODO,
15. do przenoszenia danych, zgodnie z art. 20 RODO,
16. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

W celu skorzystania oraz uzyskania informacji dotyczących praw określonych powyżej (lit. a-f) należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych.

1. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, a od 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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.
2. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami jest obligatoryjne. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpoczęcia wypełniania obowiązku prawnego leżącego na Administratorze Danych Osobowych.
3. Państwa dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.