



Data wpływu:	
Nr sprawy:	PCPR.5120.2. _____

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. OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Nazwisko:	
Pesel:	
Nr telefonu:	
Adres email:	

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	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:	
Postawa działania:	
Sektor finansów:	<input type="checkbox"/> publicznych <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna:	
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 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)?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 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 dofinansowania	Stan rozliczenia	Kwota rozliczona

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

II. SZCZEGÓŁOWY PRELIMINARZ SPRZĘTU

Lp.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem

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 – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania.
2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
3. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja posiada / nie posiada zobowiązania(ń) wobec Skarbu Państwa.
4. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie 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.
5. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja zapewni minimum 20% całkowitych kosztów realizacji zadania.
6. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja prowadzi / nie prowadzi działalność(ci) na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożeniem wniosku.
7. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja posiada / nie posiada wymagalne(ych) zobowiązań wobec PFRON.
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.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
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 zawierania umów w przypadku organizacji nieposiadającej osobowości prawnej.
4.	Plan pracy na rok realizacji zadania.
5.	Sprawozdanie finansowe i merytoryczne z roku ubiegłego (ostateczny termin dostarczenia koniec lutego roku realizacji zadania) – jeżeli dotyczy.
6.	W przypadku gdy Wnioskodawca jest przedsiębiorcą prowadzącym działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców – do wniosku dołącza się: <ol style="list-style-type: none"> a) zaświadczenia o pomocy <i>de minimis</i> otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy <i>de minimis</i> w tym okresie, b) informacje o każdej pomocy innej niż <i>de minimis</i>, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc <i>de minimis</i>.
7.	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 art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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. Urz. UE L 119 poz. 1 z 4.05.2016), zwanego dalej RODO informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowym Tomyślu, ul. Poznańska 30.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – tel. 61 4426700, e-mail: iod@powiatnowotomyski.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz na podstawie art. 9 ust.1 lit. g RODO – przetwarzania jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, bądź podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie niezbędnym do realizacji celu przetwarzania oraz zgodnie z przepisami prawa w zakresie ich archiwizacji oraz instrukcją kancelaryjną.
6. Posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych. Realizacja tych praw musi być zgodna z przepisami prawa na podstawie których odbywa się ich przetwarzanie, RODO, ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego czy dotyczących archiwizacji.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem jest dobrowolne oraz warunkiem prowadzenia sprawy.
9. Przetwarzane Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Klauzula zgody

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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. Urz. UE L 119 poz. 1 z 4.05.2016), zwanego dalej RODO, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.