

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:	<input type="checkbox"/> publicznych <input type="checkbox"/> 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?	<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	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?

- 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

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:	

V. KOSZTY PRZEDSIĘWZIĘCIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
------------	-----------------

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

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

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy</i>

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE**Lista****PODPISANY WNIOSEK****Plik**

Załączniki do wniosku:

(proszę wstawić znak X we właściwej rubryce, o ile dotyczy)

1. Statut/regulamin zawierający informacje o działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych.	
2. Kopia decyzji o nadaniu numeru NIP i REGON.	
3. Dokument/y potwierdzający/e prowadzenie działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku (cel działania, teren działalności, liczba osób objętych działalnością rehabilitacyjną, charakterystyka działalności prowadzonej na rzecz osób niepełnosprawnych).	
4. Aktualny tytuł prawny do lokalu, w którym prowadzona jest działalność na rzecz osób niepełnosprawnych.	
5. Udokumentowanie informacji dotyczącej fachowej kadry posiadającej kwalifikacje niezbędne do realizacji zadania.	
6. Oświadczenie/zaświadczenie o posiadaniu środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem.	
7. Zaświadczenie o posiadaniu konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach.	
8. Sposób reprezentowania (pełnomocnictwo/a).	
9. Informacja RODO.	
10. Oferta cenowa /faktura proforma na planowany zakup.	
11. Oświadczenie o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że Wnioskodawca w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie.	
12. W przypadku Wnioskodawcy prowadzącego działalność gospodarczą do wniosku dołącza się: a) zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go dwa lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie, b) informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz dany projekt inwestycyjny z którym jest związana pomoc de minimis,	
13. W przypadku Wnioskodawcy będącego pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej do wniosku dołącza się: a) potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej, b) informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku, c) informację o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz dany projekt inwestycyjny z którym jest związana pomoc de minimis,	
14. Inne dokumenty w zależności od formy prowadzenia działalności.	

Informacja RODO

Administrator, dane kontaktowe	<p>Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku (dalej: Centrum) reprezentowane przez Dyrektora z siedzibą przy ul. Gołdapskiej 23, 19-400 Olecko, kontakt:</p> <ol style="list-style-type: none">1) na adres poczty elektronicznej: centrum@pcpr.olecko.pl,2) telefonicznie: 87 520 34 303) pisemnie lub osobiście: na adres wskazany powyżej.
Inspektor Ochrony Danych	<p>W Centrum został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować <u>za pomocą poczty elektronicznej: iod@pcpr.olecko.pl</u></p>
Cele przetwarzania, podstawa prawna przetwarzania, czas przechowywania poszczególnych kategorii danych	<p>Dane osobowe przetwarzane będą:</p> <ol style="list-style-type: none">1) w celu rozpoznania wniosku o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,2) w celu udzielenia dofinansowania po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku z pkt 1. <p><u>Podstawy prawne:</u></p> <ol style="list-style-type: none">1) art. 6 ust. 1 lit. c RODO – przetwarzanie danych zwykłych w ramach realizacji obowiązku prawnego na podstawie:<ul style="list-style-type: none">- Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym,- Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,- Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,- Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,- Ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych,- Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,2) art. 9 ust. 2 lit. g RODO – przetwarzanie danych szczególnych w związku z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa państwa członkowskiego - ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,3) art. 9 ust. 2 lit. h RODO - przetwarzanie danych szczególnych do celów profilaktyki i opieki zdrowotnej na podstawie prawa państwa członkowskiego - ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. <p>Dane przetwarzane będą przez okres niezbędny do wykonania ciężących na Administratorze obowiązków, zgodnie z przepisami prawa, tj. 10 lat.</p>

Odbiorcy danych	<p>Dane osobowe mogą być ujawnione podmiotom przetwarzającym na zlecenie i w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w celu świadczenia określonym w umowie usług na rzecz pracodawcy, na przykład: usługi teleinformatyczne, usługi drukarskie, usługi prawne i doradcze. Ponadto dane udostępnione zostaną Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) oraz Starostwu Powiatowemu w Olecku.</p>
Prawa osoby, której dane dotyczą	<p>Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do własnych danych osobowych, prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania na warunkach wynikających z Rozporządzenia.</p> <p>Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.</p> <p>W zakresie, w jakim Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu zawarcia i wykonania umowy lub przetwarzane na podstawie zgody – przysługuje Pani/Panu także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. prawo do otrzymania od Centrum Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego (może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych).</p> <p>Przysługuje Pani/Panu również prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w sytuacji, gdy istnieje podejrzenie, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.</p>
Informacje o profilowaniu	<p>Pani/Pana dane osobowe nie będą służyć do profilowania.</p>

.....
data i podpis Wnioskodawcy

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

Olecko, dnia

Oświadczenie Wnioskodawcy

Oświadczam, że Wnioskodawca nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.

.....
podpis/y osoby/osób upoważnionej/ych