Data wpływu:
Nr sprawy:

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?	☐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	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 do-finanso-wania	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

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

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

PODPISANY WNIOSEK

Plik

Lista załączników do wniosku:

1. Aktualny KRS - wydruk Informacji z Centralnej Informacji Krajowego Rejestru Sądowego, ważny 3 miesiące poprzedzających datę złożenia wniosku, a w przypadku podmiotów nie wpisanych do KRS inne dokumenty, określające status prawny i podstawę działania.
2. Aktualny Statut lub Regulamin organizacyjny.
3. Pełnomocnictwo do reprezentowania i zaciągania zobowiązań Wnioskodawcy.
4. Udokumentowana informacja o posiadaniu środków własnych i/lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.
5. Oświadczenie Wnioskodawcy, że nie posiada zaległości wobec PFRON i nie był w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie.
6. Oświadczenie wnioskodawcy, że dane zawarte we wniosku i w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
7. Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób z niepełnosprawnościami lub działalności związanej z rehabilitacją osób z niepełnosprawnościami, przez okres co najmniej dwóch lat przed datą złożenia wniosku.
8. W przypadku gdy Wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą - do wniosku dołącza się:

a) zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go 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 na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis.

9. W przypadku gdy Wnioskodawca jest 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) zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie,

d) 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.

10. Oferta cenowa na wnioskowany sprzęt (faktura pro forma).
11. Klauzula informacyjna RODO o przetwarzaniu danych osobowych Wnioskodawcy, osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy.

Klauzula informacyjna dla klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Jarosławiu dotycząca realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Zgodnie z dyspozycją 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.U. UE. Z 2016 r. L119, poz. 1)

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jarosławiu informuje, że:

1. Administratorami Pani/Pana danych osobowych jest:

1) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Jana Pawła II 17 w Jarosławiu (37-500), tel.: 16 624 62 85, adres e-mail: sekretariat@pcpr-jaroslaw.pl. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem siedziby Administratora, jak również pod numerem telefonu 16 624 62 27 oraz adresem poczty elektronicznej: iod @ powiat. jaroslaw. pl

2) Pani/Pana dane osobowe będą/są przetwarzane na podstawie obowiązku wynikającego z art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z art. 35 a ust 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44 z późn. zm.), w celu rozpatrzenia i realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków finansowych PFRON.

Dane osobowe przetwarzane będą/ są w ściśle określonym, minimalnym zakresie niezbędnym do osiągnięcia celu, o którym mowa powyżej.

2. Przetwarzane przez Administratora Pani/ Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane oraz zgodnie z terminami archiwizacji określonymi przez ustawy (ustawy szczególne), ustawę z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym archiwach (Dz. U. z 2020 r. poz. 164 z późn. zm.) oraz Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych nie dłużej niż 10 lat.
3. Posiada Pani/ Pan prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
4. Przysługuje Pani/ Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
5. Odbiorcami Pani/ Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych na podstawie przepisów prawa. Państwowy Fundusz Rehabilitacyjny Osób Niepełnosprawnych z siedzibą przy al. Jana Pawła II 13 w Warszawie (00-828) w zakresie monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji zadań rehabilitacji społecznej i zawodowej wykonywanych praz PCPR, na które przeznacza się środki finansowe PFRON, a także do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
6. Podawanie danych osobowych w zakresie wymaganym obowiązującymi przepisami prawa jest obligatoryjne.

…….. ……
Miejscowość, data podpis