

Nr sprawy:

/pieczętka Wnioskodawcy /

/wypełnia PCPR/

Wniosek przyjęto w PCPR

W N I O S E K

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

część A: Dane i informacje o Wnioskodawcy

1) Nazwa podmiotu, siedziba i adres:

Pełna nazwa:					
.....					
	-				
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr	Powiat	Województwo

1.

(pieczętka imienna)

2.

(pieczętka imienna)

podpis:

podpis:

Nr tel. : kierunkowy:..... tel. :	Nr faxu:
-----------------------------------------	----------------

2) Dane osoby upoważnionej do prowadzenia sprawy:

1. Nazwisko i imię.....Adres.....tel.

2. Nazwisko i imięAdres.....tel.

3) Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON	
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości	

4) Informacje o zatrudnieniu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych:

Wnioskodawca zatrudnia ogółem osób (w przeliczeniu na etaty)etatów
Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne (w przeliczeniu na etaty)etatów
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych%

Wnioskodawca prowadzi działalność rehabilitacyjną (od kiedy?)			
dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:			
<input type="checkbox"/> zawodowej	<input type="checkbox"/> leczniczej	<input type="checkbox"/> społecznej	
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)			
W tym :	do lat 18:	powyżej lat 18:	razem:

5) Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy:	
Status prawny	REGON
Nr rejestru sądowego	Data wpisu do rejestru sądowego

Organ założycielski	Nr identyfikacyjny NIP
Nazwa banku	Nr konta bankowego
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>
Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:	
Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy :	
cel działania, teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje, znaczenie tej działalności dla osób Niepełnosprawnych i inne informacje	

6) Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON lub innych środków publicznych					Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło /PFRON; inny podmiot (jaki?)	
W tym na rzecz osób niepełnosprawnych:						

Czy Wnioskodawca wywiązał się z zawartej w/w umowy z PFRON lub z innym podmiotem:

Tak

Nie (dlaczego?)

.....

.....

Syntetyczny opis efektów przyznanego i wykorzystanego Dofinansowania	
----------------------------------------------------------------------------	--

7) Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie <i>/wypełnia pracownik PCPR/</i>	Data uzupełnienia
1. Aktualny wypis z rejestru sądowego /ważny 3 miesiące/			
2. Status prawny			
3. Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku			
4. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)			
5. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach			

6. Wpis do ewidencji gospodarczej (ważny 3 miesiące)			
7. Oświadczenie, że nie ma zaległości wobec PFRON			
8. Oświadczenie, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie był stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy			
9. W przypadku gdy umowa została zawarta z PFRON, oświadczenie, że zawarta umowa z PFRON nie została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy			

W przypadku przedsiębiorców dodatkowo:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		<i>/wypełnia pracownik PCPR/</i>	
1. Informacja o pomocy publicznej otrzymanej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców			

W przypadku Zakładów Pracy Chronionej dodatkowo:

1. Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej			
2. Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku			
3. Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części A Wniosku

(pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR, data)

podpis:

3) Miejsce realizacji zadania

Pełna nazwa:					
.....					
	-				
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr	Powiat	Województwo
Nr tel. : kierunkowy:..... tel. :			Nr faxu:		

4) Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych: liczba osób korzystających z efektów zadania (przeciętnie w miesiącu) w tym liczba osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności

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

5) Informacje o posiadanych zasobach rzeczowych i kadrowych wskazujących na możliwość wykonania zadania

a) *informacje o zabezpieczeniu pomieszczeń niezbędnych do zainstalowania wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego*

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

b) *informacja o zatrudnianiu wykwalifikowanej kadry niezbędnej do właściwego wykorzystania sprzętu rehabilitacyjnego*

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

6. Przewidywany koszt realizacji zadania ogółem: kwota – 100% kosztów realizacji zadania

1. Deklarowane własne środki Wnioskodawcy ogółem: kwota -% z tego

a) obowiązkowe 20% - kwota b) ponad obowiązkowe: kwota -%

2. Inne źródła finansowania ogółem: kwota -% z tego:

a)..... kwota -%

b)..... kwota -%

c)..... kwota -%

3. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu:zł

kwota słownie:

co stanowi% kosztów realizacji zadania

4. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

.....
.....

7. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

(czas realizacji proszę określić w miesiącach).....

8. Inne informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku:

9. Uzasadnienie konieczności zakupu sprzętu rehabilitacyjnego:

10. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie <i>/wypełnia pracownik PCPR/</i>	Data uzupełnienia
1. Udokumentowaną informację o posiadaniu środków własnych na realizację zadania			
2. Udokumentowaną informację o innych źródłach finansowania zadania niż PFRON			
3. Dokumenty potwierdzające zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania			
4. Inne dokumenty (<i>wypełnia PCPR</i>)			
a) Oferty cenowe potwierdzające kwoty zawarte w tabeli 2 w części 2B Wniosku			
b) Informacja, dotycząca przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby, której dane dotyczą (dla osób upoważnionych).			
c)			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części B Wniosku

(pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR, data)

podpis:

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części A oraz części B, 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, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

1. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania/zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania.*

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie informuje, że w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wnioski zostaną przekazane do archiwum bez rozpatrzenia.

.....
/data i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/

**Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby,
której dane dotyczą**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach informuje, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach, z siedzibą 34-100 Wadowice ul. Mickiewicza 15;
- 2) w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach został powołany Inspektor Ochrony Danych. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych: iodpcpr@pcpr-wadowice.pl tel. 33 8709035;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu zawarcia umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, 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 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu *Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*, na podstawie art. 6 ust 1 pkt b w zw. z pkt c oraz na podstawie art. 9 ust. 2 pkt b w zw. z pkt c i d Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady;
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie: PFRON, ośrodki pomocy społecznej – w razie konieczności, organy administracji publicznej w granicach ich działalności; obsługa informatyczna, inspektor nadzoru inwestycyjnego, radca prawny, członkowie Komisji opiniujący wnioski o dofinansowania, firma świadcząca usługi hostingu poczty elektronicznej w zakresie prowadzonej korespondencji elektronicznej;
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej na podstawie: nie dotyczy;
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującym w PCPR „Jednolitym rzeczowym wykazem akt” przez okres 10 lat;
- 7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (**jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody*), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, jeżeli przepisy prawa nie ograniczają tych uprawnień;
- 8) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 9) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania. Jest Pan/Pani zobowiązany/a do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku i przyznania dofinansowania.
- 10) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Oświadczenie Wnioskodawcy:

Potwierdzam, zapoznanie się z niniejszą informacją.

.....
(data i czytelny podpis osoby, której dane są przetwarzane)