

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	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:	
Podstawa działania:	
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

<b>Podstawa prawna:</b>	
<b>Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>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)?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

### III. INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Wartość
<b>Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych?</b>	
<b>Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:</b>	
<b>Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:</b>	

#### 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	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**

### **OŚWIADCZENIE**

1. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania.
2. 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>

<b>ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU</b>	
<b>Lp.</b>	<b>Plik</b>

### **LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE**

<b>Lista</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aktualny wypis z rejestru sądowego /ważny 6 miesięcy/</li> <li>2. Statut.</li> <li>3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo).</li> <li>4. Oświadczenie o posiadaniu konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach.</li> <li>5. Oświadczenie Wnioskodawcy o braku wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.</li> <li>6. Przedsiębiorca do wniosku dołącza:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) zaświadczenia o pomocy publicznej otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy publicznej w tym okresie,</li> <li>b) informacje o każdej pomocy innej niż publiczna, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc publiczna.</li> </ol> </li> <li>7. Pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej do wniosku dołącza:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,</li> <li>b) informację o wysokości i sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku,</li> <li>c) informację, o której mowa w pkt 6.</li> </ol> </li> <li>8. Kalkulacja wydatków związanych z przedmiotem wniosku – kosztorys (z podaniem podstawy kalkulacji).</li> <li>9. Informacja o posiadaniu środków własnych i źródeł finansowania innych niż środki PFRON (w formie oświadczenia).</li> <li>10. Udokumentowanie działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.</li> <li>11. Zatrudnienie fachowej kadry do obsługi lub zobowiązanie do jej zatrudnienia.</li> <li>12. Posiadanie odpowiednich warunków lokalowych i technicznych.</li> <li>13. Klauzula informacyjna.</li> </ol>

### **PODPISANY WNIOSEK**

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



.....  
miejsowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

.....  
(data)

.....  
.....  
(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji  
Osób Niepełnosprawnych.

Pieczęć wnioskodawcy	Data, pieczętki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy

.....  
miejsowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

.....  
(data)

.....  
.....  
(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

**Posiada następujący rachunek bankowy/ rachunki bankowe:**

Nazwa pola	Wartość
<b>1. Nazwa banku</b>	
Nr rachunku bankowego	
Informacja o ewentualnych obciążeniach	
<b>2. Nazwa banku</b>	
Nr rachunku bankowego	
Informacja o ewentualnych obciążeniach	

Pieczęć wnioskodawcy	Data, pieczętki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**od 25 maja 2018 r.**

**zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Krośnie (PCPR) jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krośnie reprezentowane przez Dyrektora z siedzibą przy ul. Bieszczadzka 1, 38 - 400 Krosno, Dane kontaktowe: sekretariat@pcprkrosno.pl, pcpr\_krosno@adres.pl, tel.: 13 43 75732.
2. Dane kontaktowe do Inspektora ochrony danych osobowych: inspektorodo@onet.pl.
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji zadań i obowiązków nałożonych na Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krośnie.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust 1 lit a, c i lit e, art. 9 ust. 2 lit. a, b, g RODO tj. wypełnienie obowiązków prawnych, realizacja umów lub zgoda osoby której dane dotyczą.
5. Odbiorcami danych osobowych w posiadaniu których jest/będzie PCPR mogą być wyłącznie podmioty i inne orany publiczne które posiadają dostęp do danych na podstawie przepisów powszechnie obowiązujących.
6. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Dane osobowe będą przechowywane wyłącznie przez okres do osiągnięcia celu przetwarzania oraz okres archiwizacji wymagany dla danej kategorii danych przez obowiązujące przepisy prawa.
8. Osoba, której dotyczą dane osobowe ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych jeżeli zachodzą przesłanki do tych uprawnień i nie są ograniczone poprzez inne przepisy prawne.
9. Jeżeli przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody przysługuje także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. Osoba, której dotyczą dane osobowe ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna, że przetwarzanie danych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
11. W zależności od rodzaju załatwianej sprawy w PCPR podanie danych osobowych może być wymogiem ustawowym, warunkiem umownym, warunkiem zawarcia umowy, dobrowolnie wyrażoną zgodą.
12. W sytuacji gdy podanie danych jest obowiązkowe do załatwienia określonej kategorii spraw, konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości podjęcia skutecznych działań.
13. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również nie będą podlegać profilowaniu.

*Potwierdzam zaznajomienie się z powyższą klauzulą*

.....  
*Imię i nazwisko*

.....  
*Podpis*