

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:	

<b>Organ założycielski:</b>	
<b>REGON:</b>	
<b>NIP:</b>	
<b>Podstawa działania:</b>	
<b>Sektor finansów:</b>	<input type="checkbox"/> publicznych <input type="checkbox"/> niepublicznych
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

## II. INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Czy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych?</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:</b>	
<b>Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<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"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

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"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

### 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?

- Tak  
 Nie

## 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:	
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

### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista
<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

Miejscowość	Data	Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

## KLAUZULA INFORMACYJNA

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 (Dz.U.UE.L.2016.119.1), zwane dalej RODO **informuję, że:**

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krośnie reprezentowane przez Dyrektora z siedzibą przy ul. Bieszczadzka 1, 38 - 400 Krosno, dane kontaktowe: sekretariat@pcprkrosno.pl, tel.: 13 43 75 732;

2. Inspektorem Ochrony Danych w PCPR jest Pan Jaromir Kranc. Jest to osoba, z którą można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych: e-mail: iodo@powiat.krosno.pl, tel: 13 43 75 831, pisemnie na adres siedziby Administratora;

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie:

a) obowiązku prawnego, który ciąży na Administratorze (art. 6 lit. c i 9 ust. 2 RODO) – w zakresie realizacji zadań z zakresu pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r., poz. 2268 ze zm.), ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r., poz. 100), ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r., poz. 2123 ze zm.),

b) zgody na przetwarzanie danych w jednym lub większej liczbie określonych celów (art. 6 lit. a RODO),

c) umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy (art. 6 lit. b RODO);

4. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane innym organom publicznym i podmiotom przetwarzającym dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów (np. Sąd, Policja, Starostwo Powiatowe oraz poczcie w celu zapewnienia korespondencji i bankom w celu realizacji przelewów), a także podmiotom działającym na zlecenie administratora takim jak dostawcy usług informatycznych, przy czym zakres przetwarzania ograniczony jest wyłącznie do zakresu związanego z realizacją zadań w tych systemach;

5. osobom, których dane osobowe są przetwarzane przysługuje prawo do żądania od Administratora dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

6. w przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ww. ogólnego rozporządzenia przysługuje Pani/Panu prawo złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa);

7. będziemy przechowywać Państwa dane osobowe do chwili załatwienia sprawy, w której zostały one zebrane a następnie w celach archiwalnych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz instrukcją kancelaryjną, jednolitym rzeczowym wykazem akt oraz instrukcją o organizacji i zakresie działania archiwum zakładowego obowiązującą w PCPR – przez czas określony w tych przepisach;

8. podanie danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa, w pozostałych przypadkach podawanie danych osobowych ma charakter dobrowolny,

9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Potwierdzam zaznajomienie się z powyższą klauzulą

.....

Imię i nazwisko

.....

podpis



.....  
 miejscowość 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

.....  
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