

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:	

<b>Ulica:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

#### IV. OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>Pesel:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres email:</b>	

#### 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	Do uzupełnienia
<b>Status prawny:</b>	
<b>Nr rejestru sądowego (KRS):</b>	
<b>Data wpisu do rejestru sądowego:</b>	
<b>Organ założycielski:</b>	
<b>REGON:</b>	
<b>NIP:</b>	
<b>Podstawa działania:</b>	
<b>Sektor finansów:</b>	
<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>	
<b>Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:</b>	
<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>	
<b>Podstawa prawna:</b>	
<b>Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:</b>	
<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>	
<b>Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:</b>	
<b>Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:</b>	

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

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

<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	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.

Miejscowość	Data	Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

1. Aktualny wpis z rejestru sądowego (ważny 3 miesiące)
2. Statut
3. Informacja o prowadzeniu działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku (opis działań zrealizowanych)
4. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)
5. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach

W przypadku podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2017 r., poz. 2168 z późniejszymi zmianami) dodatkowo:

1. Zaświadczenie 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
2. 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 ( załącznik zgodnie z obowiązującymi przepisami) - dostarczyć przed zawarciem umowy
3. Zaktualizowaną informację o pomocy de minimis lub innej pomocy publicznej przeznaczonej na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą otrzymanej po złożeniu wniosku o dofinansowanie ze środków Funduszu (załącznik zgodnie z obowiązującymi przepisami) – dostarczyć przed zawarciem umowy.

W przypadku pracodawcy prowadzącego Zakład 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 dniem złożenia wniosku
3. Zaświadczenie 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
4. 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 (załącznik zgodnie z obowiązującymi przepisami) - dostarczyć przed zawarciem umowy
5. Zaktualizowaną informację o pomocy de minimis lub innej pomocy publicznej przeznaczonej na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą otrzymanej po złożeniu wniosku o dofinansowanie ze środków Funduszu (załącznik zgodnie z obowiązującymi przepisami) – dostarczyć przed zawarciem umowy.

**UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

Lp.	Plik

**LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE**

Lp.	Plik
	Lista

**PODPISANY WNIOSEK**

Lp.	Plik

## OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

### Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

**1. Administrator danych osobowych**

Administratorem Państwa danych osobowych jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu z siedzibą przy pl. Świętego Józefa 5 w Kaliszu.

**2. Inspektor ochrony danych**

Kontakt z inspektorem ochrony danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu jest możliwy pod nr tel. 62 50 14 207.

**3. Cele przetwarzania danych**

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacyjnego Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

**4. Podstawa prawna przetwarzania danych**

Podstawą do przetwarzania Państwa danych jest realizacja obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. a oraz c RODO), także w przypadku danych szczególnych kategorii danych, np. dane dotyczące zdrowia (art. 9 ust. 2 lit. a oraz b RODO) oraz ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

**5. Odbiorcy danych**

Odbiorcami Państwa danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, w tym PFRON.

**6. Okres przechowywania danych**

Państwa dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w oparciu o jednolity rzeczowy wykaz akt obowiązujący w jednostce, nie krócej niż 10 lat.

**7. Państwa prawa:**

- a) prawo dostępu do treści swoich danych;
- b) prawo do sprostowania i uzupełnienia danych;
- c) w przypadku przetwarzania na podstawie zgody – prawo do jej cofnięcia;
- d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
- e) prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
- f) w szczególnych przypadkach prawo do usunięcia danych;
- g) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, infolinia: 606 950 000), gdy uznają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.

**Prawo dostępu do danych, sprostowania i uzupełnienia oraz ograniczenia przetwarzania podlegają ograniczeniu po przekazaniu akt zawierających dane osobowe do archiwum zakładowego, na mocy art. 22b ust. 4 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.** Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości skorzystania z dofinansowania.

Miejscowość

Data

Podpis Wnioskodawcy