

Data wpływu:

Nr sprawy:

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

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

<b>I. DANE WNIOSKODAWCY</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
<b>Pełna nazwa Wnioskodawcy:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Strona internetowa:</b>	

<b>II. ADRES SIEDZIBY</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

**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"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<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"/> 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	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 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

<input type="checkbox"/>	Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej dwóch lat przed złożeniem wniosku.
<input type="checkbox"/>	Dokument potwierdzający posiadanie środków własnych na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.
<input type="checkbox"/>	Dokument potwierdzający posiadanie środków pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON (jeżeli dotyczy).
<input type="checkbox"/>	Oferta cenowa wystawiona przez sprzedawcę na wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny (przynajmniej z dwóch sklepów).
<input type="checkbox"/>	Oświadczenie (załącznik Nr 1).
<input type="checkbox"/>	Klauzula informacyjna RODO (załącznik Nr 2).
<b>W przypadku Wnioskodawcy prowadzącego działalność gospodarczą:</b>	
<input type="checkbox"/>	Zaświadczenie o pomocy <i>de minimis</i> otrzymanej o okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy <i>de minimis</i> w tym okresie
<input type="checkbox"/>	Informacje o każdej pomocy innej niż <i>de minimis</i> , jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc <i>de minimis</i>
<b>W przypadku, gdy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:</b>	
<input type="checkbox"/>	Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statutu zakładu pracy chronionej
<input type="checkbox"/>	Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku.
<input type="checkbox"/>	Informacje o każdej pomocy innej niż <i>de minimis</i> , jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc <i>de minimis</i> .

### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	

### INFORMACJE DODATKOWE

Dokumenty należy dołączyć do wniosku w formie:

1. Skanu - w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW.
2. Kopii dokumentów (oryginały do wglądu), za wyjątkiem oświadczeń, które należy dołączyć w oryginale – w przypadku składania wniosku tradycyjnie.

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot *posiada / nie posiada*\* środki własne lub pozyskane z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że adres wskazany w niniejszym wniosku *jest / nie jest*\* faktycznym adresem siedziby albo miejsca prowadzenia działalności.

Oświadczam, że *nie posiadam / posiadam*\* zaległości wobec PFRON.

Oświadczam, iż w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku *nie byłem(am) / byłem(am)*\* stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że *nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a / ubiegam się*\* w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w Lipsku w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

\* właściwe zaznaczyć

Miejscowość	Data	Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

### Pouczenie:

**Sprzęt rehabilitacyjny zakupiony przed podpisaniem umowy nie podlega dofinansowaniu.**



Wpisanie danych kontaktowych w zakresie telefonu lub adresu email jest dobrowolne. W przypadku braku podania wymienionych danych utrudni kontakt w związku z realizacją celu jakim jest przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla instytucji.

### Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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. z 2016r. Nr 119 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych jest POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE w Lipsku, ul. Łżecka 6, 27-300 Lipsko, tel. 48 378 10 11.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane **w celu dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla instytucji** tj. gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, w tym systemie teleinformatycznym (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wraz z rozporządzeniami.
4. W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Udostępnione dobrowolnie dane będą przetwarzane w celu kontaktu.
5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych. Natomiast z przypadku danych podanych dobrowolnie – co do zasady do czasu wycofania przez Państwa zgody na ich przetwarzanie.
6. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
7. Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
8. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
  - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
  - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - d) w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

- e) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
9. Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
10. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa między innymi jednostkom i organom kontroli, dostawcą usług teleinformatycznych i hostingowych.

.....  
**data**

.....  
**Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy**