

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:	
Organ założycielski:	
REGON:	

NIP:	
Podstawa działania:	
Sektor finansów:	☐ publicznych ☐ niepublicznych
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

II. INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Czy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych?	☐ Nie ☐ Tak
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:	☐ Nie ☐ Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	☐ Nie dotyczy ☐ Nie ☐ Tak
Podstawa prawna:	
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:	☐ Nie ☐ Tak
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)?:	☐ Nie ☐ Tak

Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:	☐ Nie ☐ Tak
Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:	☐ Nie ☐ 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

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

☐	Aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej (ważny 3 miesiące).
☐	Statut/ regulamin (zawierający informacje o działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych).
☐	Sposób reprezentowania (pełnomocnictwo/a).
☐	Dokument/y potwierdzający/e prowadzenie działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres, co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku (np. wyciągi bankowe, sprawozdania, protokoły, uchwały, umowy itp.) oraz opis tych działań na rzecz osób niepełnosprawnych (załącznik nr 1).
☐	Udokumentowanie zapewnienia odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania.
☐	Zaświadczenie z banku o posiadaniu konta bankowego wraz z informacjami o ewentualnych obciążeniach.
☐	Zaświadczenie z banku lub oświadczenie Wnioskodawcy o posiadaniu środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.
☐	Faktura PRO FORMA lub oferta cenowa.
☐	Oświadczenia (załącznik nr 2).
☐	Klauzulą Informacyjną RODO (załącznik nr 3), (załącznik nr 4 – jeżeli dotyczy) .
☐	W uzasadnionych przypadkach inne dokumenty w zależności od formy prowadzenia działalności niezbędne w celu realizacji zadania.
W przypadku Wnioskodawcy prowadzącego działalność gospodarczą:	
☐	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
☐	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>
W przypadku, gdy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:	
☐	Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statutu zakładu pracy chronionej

☐	Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku.
☐	Zaświadczenie o pomocy <i>de minimis</i> otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy <i>de minimis</i> w tym okresie,
☐	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.

Charakterystyka działalności Wnioskodawcy związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych, o których mowa w art. 1 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, w rozumieniu art. 7 ust. 1 tej ustawy.

1) Działania Wnioskodawcy w zakresie określonym art. 7 ust. 1 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, podejmowane na rzecz osób niepełnosprawnych:

a) Wnioskodawca oświadcza, że prowadzi oddziałalność na rzecz
(dzień, miesiąc, rok)

osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji: ☐ zawodowej ☐ społecznej ☐ leczniczej

b) Na terenie

c) Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)

2) Charakterystyka i cel prowadzonej działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych prowadzonej przez okres co najmniej dwóch lat przed dniem złożenia wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy

.....
Pieczęć podmiotu ubiegającego się o dofinansowanie

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. O wszystkich zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lipsku, ul. Iłżecka 6, 27-300 Lipsko w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.
2. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja **posiada/ nie posiada*** zobowiązania(ń) wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja w okresie 3 lat od dnia złożenia wniosku **była/ nie była*** stroną umowy z PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.
4. 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 PFRON.
5. Oświadczam, że **ubiegam się/ nie ubiegam *** 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.
6. Oświadczam, że **otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)*** pomocy de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe (w przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć zaświadczenie(a) o otrzymanej pomocy).

Lp.	Organ udzielający pomocy de minimis	Podstawa prawna otrzymanej pomocy i jej przeznaczenie	Dzień udzielenia pomocy (dzień-miesiąc-rok)	Wartość pomocy w euro	Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
Razem:					

7. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku i załącznikach przez PCPR w Lipsku, ul. Iłżecka 6, 27-300 Lipsko dla potrzeb wynikających z realizacji zadania związanego z dofinansowaniem ze środków PFRON, zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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), Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04.05.2016 r., s.1.
8. Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

9. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych w bazie danych Systemu Obsługi Wsparcia (SOW) dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

* właściwe zaznaczyć

Miejscowość	Data	Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

Pouczenie:

- 1) Wnioski należy składać do 30 listopada roku poprzedzającego realizację zadania.
- 2) Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków.

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. Iłżecka 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, 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.

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 14 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 2016 r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) z siedzibą w Warszawie (00-828) przy ulicy Jana Pawła II 13, tel.: 22/5055500, email kancelaria@pfron.org.pl
b/Administratorem Państwa danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Lipsku (27-300) przy ulicy Ilżeckiej 6, tel.: 48/ 3781011, email: pcpr@powiatlipsko.pl
- 2) a/Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: iod@pfron.org.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
b/ 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 ułatwienia komunikacji w związku z dofinansowaniem ze środków PFRON zaopatrzenia w **sprzęt rehabilitacyjny dla instytucji** na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, jak również w celu realizacji praw oraz obowiązków wynikających z przepisów prawa (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) – ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wraz z rozporządzeniami.
- 4) Kategorią danych osobowych, które są przetwarzane przez administratora, są dane identyfikujące w zakresie pełnionej funkcji tj. imię, nazwisko oraz pełniona funkcja.
- 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.
- 6) Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
- 7) Państwa dane osobowe 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) prawo do usunięcia danych określone w przepisach prawa;
 - e) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
- 9) Państwa dane osobowe zostały pozyskane od wnioskodawcy.
- 10) Państwa dane osobowe będą ujawniane osobom działającym z upoważnienia Administratora, mającym dostęp do danych osobowych i przetwarzającym je wyłącznie na polecenie Administratora, chyba że wymaga tego prawo UE lub prawo państwa członkowskiego. Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, tj. usługodawcom wykonującym usługi serwisu systemów informatycznych (SOW), podmiotom zapewniającym ochronę danych osobowych i bezpieczeństwo IT, dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom usług informatycznych w zakresie systemów księgowo-ewidencyjnych, usługodawcom z zakresu księgowości oraz doradztwa prawnego, dostawcy usług hostingu poczty mailowej w przypadku korespondencji prowadzonej drogą mailową. Dane osobowe mogą być przekazywane do organów publicznych i urzędów państwowych lub innych podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa lub wykonujących zadania realizowane w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej do celów ewidencyjnych, weryfikacyjnych, kontrolnych i audytowych.