|  |
| --- |
|  |

Pieczęć Wnioskodawcy

 Data wpływu wniosku: …………………………………….

**NR SPRAWY: ZON.……………………..…………**

**W N I O S E K**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY**

**Część A: Informacje o Wnioskodawcy:**

1. **Nazwa podmiotu, siedziba i adres:**

|  |
| --- |
| Pełna nazwa:   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Miejscowość | Kod pocztowy | ulica | nr budynku | nr lokalu |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres poczty elektronicznej | Imię, nazwisko i numer telefonu osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy w sprawie wniosku |

1. **Osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych
w jego imieniu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Nr PESEL** | **Pełniona funkcja** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Status prawny i podstawa działania** |  |
| **REGON** |  |
| **Nr identyfikacji NIP** |  |
| **Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności** **Gospodarczej** |  |
| **Data wpisu do rejestru sądowego lub do ewidencji****działalności gospodarczej** |  |
| **Nazwa banku** |  |
| **Nr konta bankowego** |  |

1. **Informacja o korzystaniu ze środków PFRON:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON\* | TAK:  | NIE:  |
| Nr zawartej umowy | Przedmiot dofinansowania | Termin rozliczenia |  Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|   Razem kwota rozliczona: |  |

**Część B: Informacje o przedmiocie wniosku:**

1. **Miejsce realizacji zadania:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Planowany czas realizacji zadania:**

|  |
| --- |
| Termin rozpoczęcia zadania: |
| Przewidywany czas realizacji zadania: |

1. **Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Cel dofinansowania – wykaz sprzętu rehabilitacyjnego:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa** | **Ilość sztuk** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość ogółem brutto** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |

1. **Źródła finansowania zadania:**

|  |
| --- |
| Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia: ……………………………………………………………………………………… złWłasne środki przeznaczone na realizację zadania: ……………………………………………………………………………. złInne źródła finansowania ogółem: …………………………………………………………………………………………. zł, z tego:1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..… zł
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. zł

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu: ……………………………………………………….…… złkwota słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |

1. **Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania**

|  |
| --- |
|  |

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

1. W ciągu trzech lat przed dniem złożenia wniosku **nie byłam/em** stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. **Nie posiadam** zaległości wobec PFRON.
3. **Posiadam** środki własne lub pozyskane z innych źródeł niż PFRON na sfinansowanie zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu.
4. **Prowadzę** działalność na rzecz osób niepełnosprawnych oraz prowadziłam/em ją przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.
5. **Nie toczy** się w stosunku do mnie postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
6. **Uprzedzona/ny** o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2, 3 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 roku – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
7. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w terminie 14 dni od ich zaistnienia.

**Uwaga:**

* Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.
* Wszystkie z załączonych dokumentów należy złożyć w formie kserokopii potwierdzonych za zgodność
z oryginałem przez osoby upoważnione do reprezentacji Wnioskodawcy.
* Dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy
o dofinansowanie ze środków Funduszu.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ………..”czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

 …………………………………………………………………………………………………………..

 (data i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy)

**Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku: /wypełnia pracownik PCPR/**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Nazwa załącznika** |  **Załączono** **do wniosku tak/nie** |  **Uzupełniono**  **tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| 1. Aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej |  |  |  |
| 2.Dokumenty poświadczające prowadzenie działalności na 1. rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej

dwóch lat przed złożeniem wniosku |  |  |  |
| 3. Udokumentowana informacja o innych źródłach dofinansowania zadania |  |  |  |
| 4. Sposób reprezentacji **(pełnomocnictwo)** |  |  |  |
| 5. Dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych w wysokości nieobjętej dofinansowaniem **(oświadczenie lub wyciąg bankowy)** |  |  |  |
| **Dodatkowo, w przypadku Wnioskodawcy prowadzącego działalność gospodarczą:** |
| 1. Zaświadczenia 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, pomoc *de minimis* |  |  |  |
| **Dodatkowo, w przypadku gdy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:** |
| 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 datą złożenia wniosku |  |  |  |
| 3. Zaświadczenia 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, pomoc *de minimis* |  |  |  |

Wniosek kompletny:

⁭ Tak ⁭ Nie

|  |
| --- |
|  |

................................................... ........................................................................

 (miejscowość, data) (podpis pracownika przyjmującego wniosek)

**KLAUZULA INFORMACYJNA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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. U. UE.L.2016.119.1) – dalej RODO informuję, że:

1. Administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, jak będą wykorzystywane Pani/Pana dane osobowe, jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica.
Z Administratorem może się Pani/Pan kontaktować za pomocą operatora pocztowego na adres:
ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica lub za pomocą adresu poczty elektronicznej: e-mail: pcpr@pcpr.swidnica.pl.

**Szczegółowe zasady przetwarzania danych osobowych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zamieszczone są pod adresem:** [**https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/**](https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/)**.**

2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować za pomocą adresu poczty elektronicznej: e-mail: iod@pcpr.swidnica.pl lub za pomocą operatora pocztowego na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica z dopiskiem: „Inspektor Ochrony Danych”.

Może/gą Pani/Pan/Państwo się kontaktować z inspektorem ochrony danych we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem swoich danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących Pani/Panu na podstawie RODO.

3. Pani/Pana/Państwa dane osobowe są przetwarzane w celu prowadzenia spraw o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach realizacji zadań będących w kompetencji Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w tym systemie informatycznym SOW (system obsługi wsparcia). System SOW ma umożliwić Użytkownikowi, stosownie do przyznanych uprawnień, korzystania z poszczególnych Modułów Systemu SOW. **Regulamin korzystania
z Systemu SOW dostępny jest pod adresem** [**https://portal-sow.pfron.org.pl**](https://portal-sow.pfron.org.pl)**.**

4. Pani/Pana/Państwa dane osobowe będą przekazywane osobom upoważnionym przez Administratora. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:

a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,

b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy,

c) inne podmioty upoważnione na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

d) podmioty, którym przekazanie Pani/Pana /Państwa danych osobowych następuje na podstawie Pani/Pana/Państwa wniosku lub zgody,

e) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz do celów sprawozdawczych
i ewaluacyjnych.

5. Pani/Pana/Państwa dane osobowe będą przechowywane przez Administratora przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt 3, a następnie po tym czasie zgodnie z zatwierdzoną instrukcją archiwalną i jednolitym rzeczowym wykazem akt dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie na mocy przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

6. Pani/Pana/Państwa dane osobowe nie są przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy i do organizacji międzynarodowych.

7. Pani/Pana/Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

8. Administrator pragnie zapewnić Panią/Pana/Państwa, że wszystkim osobom, których dane osobowe są przetwarzane przez Administratora, przysługują odpowiednie prawa wynikające z RODO. W związku z tym przysługują Pani/Panu/Państwu prawo dostępu do treści swoich danych w tym prawo do uzyskania kopii tych danych, do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, przenoszenia, oraz inne uprawnienia w tym zakresie zgodnie z obowiązującymi przepisami.

9. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO, czyli zgody na przetwarzanie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu/Państwu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem zgodnie z obowiązującym prawem.

10. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane osobowe dotyczą, podanie przez Panią/Pana/Państwa danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.

11. Ma/cie Pani/Pan/Państwo prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna/cie Pani/Pan/Państwo, iż przetwarzanie dotyczących Pani/Pana/Państwa danych osobowych narusza przepisy RODO.

12. Podanie przez Panią/Pana/Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem zawarcia umowy. Jest/eście Pani/Pan/Państwo zobowiązana/y/i do ich podania lub ich uzupełnienia ze względu na złożony wniosek, a konsekwencją niepodania i nieuzupełnienia danych osobowych będzie pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia.

13. Podane przez Panią/Pana/Państwa dane osobowe są przetwarzane w formie papierowej
i elektronicznej (systemy informatyczne Administratora).

14. Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej
i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami.

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą**

………………………………………………………………………………………

 ( data i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy)

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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. U. UE.L.2016.119.1) – dalej RODO, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych **□ tak □ nie**

dla potrzeb efektywnej i sprawnej realizacji złożonego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, co będzie wpływać na ułatwienie komunikacji z wniosko-dawcą.

………………………………………………………………………………………

(data i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy)