**Data wpływu: Nr sprawy:**

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny (instytucja)

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 dofinan- sowania** | **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)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **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:**

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 rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania 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. 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)** |  |  |  |
| 6. Oświadczenia Wnioskodawcy złożone zgodnie z załącznikiem nr 1 do wniosku |  |  |  |
| 7. Klauzula/e zgody zgodnie z załącznikiem nr 2 do wniosku |  |  |  |
| **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 weryfikującego wniosek)

**Załącznik nr 1 do wniosku**

**o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

**dla osób prawnych i instytucji**

**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.
8. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania.
9. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.

**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.

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

(data i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy)

**Załącznik nr 2 do wniosku**

**o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

**dla osób prawnych i instytucji**

**KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DLA KLIENTA**

**Imię i nazwisko …………………………………………………………….…………………………………..**

**Adres: …………………………………………………………...………………………………………………..**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:

* **mojego numeru telefonu i/lub adresu e-mail □ tak □ nie**

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

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

**Oświadczam, że:**

a) zostałam/em poinformowana/y, że udzielona zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych może zostać odwołana   
w dowolnym momencie za pomocą poczty elektronicznej, za pośrednictwem operatora pocztowego lub osobiście

w sekretariacie tutejszego Centrum. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,

b) zostałam/em poinformowana/y, iż Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy nie może na podstawie niniejszej zgody przetwarzać powyższych danych w sposób naruszający moje dobre imię lub dobra osobiste, a także w zakresie i celu innym niż wskazane powyżej,

c) zostałam/em poinformowana/y, że wyrażenie niniejszej zgody nie zwalnia Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie   
w Świdnicy z obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa co do zabezpieczenia przetwarzanych danych oraz ich legalnego przetwarzania.

d) zostałam/em poinformowana/y, że Administratorem moich danych osobowych jest także Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **a 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/)**.**

e) zapoznałam/em sie i zaakceptowałam/em Regulamin korzystania z Systemu SOW w szczególności z Rozdziałem VII – Dane Osobowe. Dokument, o którym mowa dostępny jest pod adresem [https://portal-sow.pfron.org.pl](https://portal-sow.pfron.org.pl/).

*………………………………………………………………………….*

/miejscowość, data, czytelny podpis/

**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](mailto: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](mailto: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 obowią-zującym 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.