Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żywcu, ul. Ks. Pr. St. Słonki 24, 34-300 Żywiec tel. (33) 8619419 lub 8619336

**Data wpływu: ………………………**

**Nr sprawy: …...…………………….**

**WNIOSEK
 o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny – Sprzęt rehabilitacyjny dla instytucji**

# 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:** |  |

**Adres korespondencyjny 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:** |  |

### IV. OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Pesel:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres email:** |  |

### 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 |
| **Status prawny:** |  |
| **Nr rejestru sądowego (KRS):** |  |
| **Data wpisu do rejestru sądowego:** |  |
| **Organ założycielski:** |  |
| **REGON:** |  |
| **NIP:** |  |
| **Podstawa działania:** |  |
| **Sektor finansów:** |  |
| **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?** |  |
| **Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:** |  |
| **Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:** |  |
| **Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:** |  |
| **Podstawa prawna:** |  |
| **Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:** |  |
| **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)?:** |  |
| **Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:** |  |
| **Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:** |  |

### 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.

3. Oświadczam, że aktywnie prowadziłem działalność przez okres 2 lata przed złożeniem wniosku na rzecz osób niepełnosprawnych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Kopia dokumentu potwierdzającego formę prawną istnienia podmiotu:- wypis z rejestru sądowego ( wyciąg ważny do 3 miesięcy od chwili uzyskania)- wypis z rejestru działalności gospodarczej (jednostki org. nie będące osobami prawnymi). |
| 2 | Kopia dokumentu potwierdzającego status prawny przedmiotu ( Status lub umowa spółki, regulamin itp.) |
| 3 | Kopia dokumentu określającego tytuł prawny do lokalu. |
| 4 | Pełnomocnictwo ( sposób reprezentacji). |
| 5 | Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku ( sprawozdania z działalności, kronika, itp.). |
| 6 | Oświadczenie o braku wymaganych zobowiązań wobec PFRON |
| 7 | Udokumentowanie środków na realizacje zadania ( w wysokości nieobiętej dofinansowaniem PFRON).  |
| 8 | Oświadczenie pełnomocników o zgodzie na wykorzystanie danych osobowych. |
| 9 | Kopia deklaracji wpłat z ostatniego miesiąca obowiązku wpłaty na PFRON (dotyczy zakładów zobowiązanych do wpłaty na PFRON). |
| 10 | Informacja o pomocy publicznej uzyskanej przez wnioskodawcę w ciągu ostatnich 3 lat przed data złożenia wniosku zgodnie z ustawą o postepowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej  |
| 11 | Udokumentowanie posiadania odpowiednich warunków lokalowych i technicznych dla realizacji zadania. |
| 12 | Informacja o tytule prawnym do sprzętu (posiadania, użytkowanie itp.) |

KLAUZULA INFORMACYJNA

DLA KLIENTÓW POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŻYWCU

Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 zwane dalej „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Żywcu:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żywcu, ul. Ks. Pr. St. Słonki 24, 34-300 Żywiec.

2.W sprawach związanych z Pani/a danymi można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail **iodo@pcpr-zywiec.pl.**

3.Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny – Sprzęt rehabilitacyjny dla instytucji ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzeń wykonawczych do tej ustawy.

4.Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom w celu prawidłowej realizacji zadań na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych lub instytucjom uprawnionym do przetwarzania danych osobowych na mocy przepisów prawa.

5.Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa oraz zgodnie z rzeczowym wykazem akt PCPR w Żywcu.

6.Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

7.Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony danych Osobowych, gdy stwierdzone zostanie, że dane osobowego są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.

8.Przysługuje Pani/Panu prawo do:

a) dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępnianie dane osobowe nie mogą ujawniać danych osób trzecich,

b) sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO,

c) żądania usunięcia danych po upływie okresu, o którym mowa w pkt. 5.

9.Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem rozpatrzenia wniosku i przyznania dofinansowania. W przypadku nie podania danych osobowych wniosek pozostanie bez rozpatrzenia.

Oświadczam, że zapoznałem się z powyższą informacją.

Data …………………………………….. czytelny podpis…………………………