

Data wpływu:

Nr sprawy:



WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w 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:	

☐ 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	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:	<input type="checkbox"/> publicznych <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

Podstawa prawna:	
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 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)?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:	<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:
(koszty ogółem)

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

Lp.	Plik
1.	Dokumenty potwierdzające prowadzoną działalność (wpis do ewidencji, wypis z rejestru sądowego) ważny 3 miesiące.
2.	Statut.
3.	Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo).
4.	Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacja o ewentualnych obciążeniach.
5.	Oferta cenowa lub faktura Pro-Forma od sprzedawcy na zakup planowanego sprzętu.
6.	Dokumenty z urzędu skarbowego: a) dla osób opłacających zryczałtowany podatek – informacja o wysokości opłaty, b) decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, c) osoby fizyczne – zaświadczenie z urzędu skarbowego o niezaleganiu z podatkami, d) osoby prawne – sprawozdanie finansowe za rok poprzedni oraz zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami.
7.	<p>W przypadku, gdy podmiot jest:</p> <p>1) podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą do wniosku dołącza się: a) zaświadczenie 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, b) informację 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, z którym jest związana pomoc de minimis c) oświadczenie, że Wnioskodawca nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej.</p> <p>2) pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej, do wniosku dołącza się: a) potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej, b) informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku, - informację, o której mowa w pkt 1. c) zaświadczenie 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,</p>

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH – POSTĘPOWANIE ADMINISTRACYJNE

Administrator, dane kontaktowe	<p>Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie, ul. Partyzantów 21, 42-300 Myszków, kontakt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) osobiście lub na adres poczty elektronicznej: pcprmyszkow1@wp.pl, 2) telefonicznie: 34 313 02 98 3) pisemnie: ul. Partyzantów 21, 42-300 Myszków
Inspektor Ochrony Danych	<p>W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) za pomocą poczty elektronicznej: sabios.dsb@gmail.com
Cele przetwarzania, czas przechowywania poszczególnych kategorii danych, podanie danych	<p>Dane będą przetwarzane przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie w celach:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wypełnienia obowiązków prawnych - w szczególności zadań wynikających z: <ol style="list-style-type: none"> a. ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym b. ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej c. ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych <p>Dane przetwarzane nie dłużej niż przez okres 10 lat, podanie danych jest obowiązkowe, brak podania danych będzie skutkowało niezakończeniem sprawy.</p>
Odbiorcy danych	<p>Dane osobowe mogą być ujawnione następującym odbiorcom:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa; 2) podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).
Prawa osoby, której dane dotyczą	<p>Osoby, których dane osobowe przetwarza Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie mają prawo do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dostępu do swoich danych osobowych 2) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe 3) żądania usunięcia danych, gdy dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane lub po wniesieniu sprzeciwu wobec przetwarzania danych, gdy dane są przetwarzane niezgodnie z prawem. 4) żądania ograniczenia przetwarzania danych, gdy osoby te kwestionują prawidłowość danych, przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń, lub gdy osoby te wniosły sprzeciw wobec przetwarzania danych – do czasu stwierdzenia nadrzędnych interesów administratora nad podstawą takiego sprzeciwu; 5) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych – z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją osób, których dane są przetwarzane; 6) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.