

Pieczęć wpływu do PCPR

PCPR.III.7011. 2019r.

## WNIOSEK

**o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą, osoby prawnej i jednostki organizacyjnej, ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Pieczęć Wnioskodawcy

### Część A: DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

#### 1. Nazwa i adres Wnioskodawcy

Pełna nazwa Wnioskodawcy:				
Miejscowość	Kod pocztowy	Nr posesji	Ulica	Gmina
Powiat	Województwo	Nr tel. kierunkowy	Nr tel.	Nr fax.

#### 2. Osoby uprawnione do reprezentowania i zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy

(pieczęćka imienna i podpis)

(pieczęćka imienna i podpis)

#### 3. Informacja o stanie prawnym – finansowym Wnioskodawcy

Status prawny i podstawa działania	Numer REGON			
Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej	Data wpisu do rejestru sądowego lub do ewidencji działalności gospodarczej			
Organ założycielski	Numer identyfikacji NIP			
Nazwa banku	Numer konta bankowego			
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT (zaznaczyć x)	TAK		NIE	

#### 4. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Cel (nazwa instytucji, programu lub zadania, w ramach którego przyznane zostało dofinansowanie)	Przedmiot dofinansowania, (co zostało dofinansowane ze środków PFRON)	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
Razem:		Razem kwota rozliczona:			

#### 5. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę oraz informacje dodatkowe

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON (zaznaczyć x)	TAK		NIE	
Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON				
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON (zaznaczyć x)	TAK		NIE	
Kwota zaległości				
Czy Wnioskodawca w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie? (zaznaczyć x)	TAK		NIE	
Jeśli tak, to należy podać nr i datę zawartej umowy				
Czy w stosunku do Wnioskodawcy toczy się postępowanie w organach, tj. policja, prokuratura, sąd w związku z nieprawidłową realizacją umowy? (zaznaczyć x)	TAK		NIE	
Czy w stosunku do Wnioskodawcy zapadło prawomocne orzeczenie sądu w związku z nieprawidłową realizacją umowy? (zaznaczyć x)	TAK		NIE	

#### 6. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy

Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy	
Charakterystyka działalności Wnioskodawcy	
Cel działania; teren działania; liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością (przeciętnie w miesiącu, z podziałem na dzieci i młodzież oraz osoby dorosłe, a także stopnie niepełnosprawności); znaczenie działalności dla osób niepełnosprawnych	
Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej	

## Część B: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

### 1. Przedmiot wniosku (zgodnie z załącznikiem do wniosku – Szczegółowy preliminarz sprzętu rehabilitacyjnego)

--

### 2. Miejsce realizacji zadania (instalacji sprzętu)

Pełna nazwa:				
Miejscowość	Kod pocztowy	Nr posesji	Ulica	Gmina
Powiat	Województwo	Nr tel. kierunkowy	Nr tel.	Nr fax.

### 3. Termin rozpoczęcia i planowany czas realizacji zadania

(proszę podać datę/daty bądź czas realizacji – określić w miesiącach)

### 4. Przewidywane efekty; liczba osób niepełnosprawnych korzystających z efektów zadania (przeciętnie miesięcznie), z podziałem na dzieci i młodzież oraz osoby dorosłe, a także stopnie niepełnosprawności

--

### 5. Informacje o posiadanych zasobach rzeczowych i kadrowych wskazujących na możliwości zrealizowania zadania:

a) informacje o zabezpieczeniu warunków lokalowych i technicznych, niezbędnych do zainstalowania wnioskowanego sprzętu

--

b) informacje o zatrudnieniu wykwalifikowanej kadry niezbędnej do wykorzystania sprzętu

--

## 6. Koszt przedsięwzięcia

Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia	zł
Własne środki przeznaczone na realizację zadania	zł
Inne źródła finansowe ogółem (środki wypłacone, przyrzeczone, gwarancyjne) z tego:	
a) .....	zł
b) .....	zł
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON (do 80% kosztów sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia)	zł
Kwota słownie:	

## 7. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na zakup sprzętu rehabilitacyjnego (stan na dzień złożenia wniosku)

--

## 8. Uzasadnienie konieczności zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

--

### Oświadczenia:

1. Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 i §2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeksu Karnego (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam, że informacje podane w części A i części B są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.
2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne niezbędne do realizacji zadania.
3. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadre/zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry\* niezbędną do realizacji zadania.
4. Oświadczam, że nie posiadam/posiadam\* zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
5. Oświadczam, iż w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłem(łam)/byłam(łam)\* stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu w celach związanych z realizacją zadania, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz 1000 z późn. zm.).

.....  
data, podpisy i pieczętki osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

\* właściwe zaznaczyć

**Pouczenie:**

1. *We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części A oraz części B, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy wypełnić go komputerowo lub w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr.....”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.*
2. *Dofinansowanie ze środków PFRON nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się ma zaległości wobec PFRON lub był w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu. Dofinansowania nie otrzymają także Ci Wnioskodawcy, w stosunku, do których toczy się postępowanie w organach, tj. policja, sąd, prokuratura w związku z nieprawidłową realizacją umowy do czasu uzyskania prawomocnego wyroku oraz Wnioskodawcy, w stosunku, do których zapadło prawomocne orzeczenie sądu w związku z nieprawidłową realizacją umowy.*
3. *Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.*
4. *O wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku Wnioskodawca zobowiązuje się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od ich wystąpienia.*

.....  
data, podpisy i pieczętki osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

**Część C: ZAŁĄCZNIKI/ DOKUMENTY WYMAGANE DO WNIOSKU**

LP.	NAZWA ZAŁĄCZNIKA	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PCPR		
		Załączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia/ uwagi
1.	Aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej (ważny 3 miesiące)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Statut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Dokument/y potwierdzający/e prowadzenie działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres, co najmniej 2 lat przed złożeniem wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Szczegółowy preliminarz sprzętu rehabilitacyjnego (załącznik do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Oświadczenie o posiadaniu i pokryciu udziału własnego w kosztach zadania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Oświadczenie z banku o posiadaniu konta bankowego wraz z informacjami o ewentualnych obciążeniach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Sposób reprezentowania (pełnomocnictwo/a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>W PRZYPADKU WNIOSKODAWCY PROWADZĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ</b>				
8.	Zaświadczenia 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	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, pomoc <i>de minimis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>W PRZYPADKU, GDY WNIOSKODAWCA JESRT PRACODAWCĄ PROWADZACZYM ZAKŁAD PRACY CHRONIONEJ</b>				
10.	Potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Informację o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

.....  
data, pieczętka imienna i podpis pracownika PCPR



**KLAUZULA INFORMACYJNA**

do przetwarzania danych osobowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane dalej RODO, informuję Pana/Panią, że:

Administratorem Pana/i Danych jest:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu  
99-400 Łowicz, ul. Podrzeczna 30

Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych oraz udostępnił jego dane kontaktowe:

Karolina Koprowska  
[pcprlowicz@poczta.fm](mailto:pcprlowicz@poczta.fm)  
46/816-00-28, 837-03-44 w. 26

Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu:

Realizacji zadań wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych i wydanych do niej rozporządzeń wykonawczych

Podstawą do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:

Udzielona przez Pana/Panią zgoda na przetwarzanie danych wynika z obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z powyższej ustawy.

Informacja o przekazywaniu danych do innych podmiotów:

Pana/Pani dane są przekazywane innym organom i podmiotom niewymienionym w przepisach prawa w celach wskazanych powyżej. Odbiorcami danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.

Okres przechowywania danych:

Pani/Pana dane będą przechowywane przez **10** lat, zgodnie z Zarządzeniem Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu w porozumieniu z Dyrektorem Archiwum Państwowego w Warszawie w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwum zakładowego

Ma Pani/Pan prawo do:

1. dostępu do swoich danych oraz możliwość ich sprostowania,
2. usunięcia lub ograniczenia przetwarzania swoich danych,
3. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
4. przenoszenia danych,
5. cofnięcia wyrażonej zgody na przetwarzanie danych,
6. wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy przetwarzanie danych naruszyłoby przepisy ogólne rozporządzenia.

Podane przez Panią/Pana dane są:

Wymogiem ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych i wydanych do niej rozporządzeń. Konsekwencją niepodania danych będzie niezatwienie sprawy.

Pani/Pana dane:

Nie podlegają zautomatyzowanemu systemowi podejmowania decyzji, w tym profilowaniu.

.....  
Data i czytelny podpis petenta  
od którego zbierane są dane

.....  
Podpis pracownika