PON……………………………….

**WNIOSEK**

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

/ osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej/

**I. Dane dotyczące Wnioskodawcy** ( proszę wypełnić drukowanymi literami)

Nazwa podmiotu …………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Nr NIP ……………………………………………………………………………………………………

Nr REGON ………………………………………………………………………………………………

Status prawny podmiotu …………………………………………………………………………………

Podstawa działania podmiotu ……………………………………………………………………………

**I.A Dane adresowe podmiotu**

Miejscowość …………………………………………… Kod pocztowy ………………………………

Poczta …………………………………………… Ulica ………………………………………………..

Nr budynku …………… Nr lokalu ……………… Nr telefonu ………………………………………...

 **I.B Adres do korespondencji – wypełnić należy w przypadku innego adresu niż wskazany w części IA.**

Miejscowość …………………………………………… Kod pocztowy ……………………………….

Poczta …………………………………………… Ulica ………………………………………………..

Nr budynku …………… Nr lokalu ……………… Nr telefonu ………………………………………...

**I.C Informacje na temat rachunku bankowego**

Nazwa banku ……………………………………………………………………………………………..

Nr rachunku bankowego:

….. …. - …. …. …. …. - …. …. …. …. - …. …. …. …. - …. …. …. …. - …. …. …. …. - …. …. …. ….

**I.D Dane dotyczące osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy w sprawie.**

Nazwisko i imię …………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………...

Nr telefonu …………………………………...

 **II. Dane dotyczące realizacji zadania**

Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych …………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Miejsce realizacji zadania …………….………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Planowany termin zakupu ………………………………………………………………………………..

**III. Koszt zakupu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p | Rodzaj/nazwa sprzętu | Cena brutto |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |

**Planowany, całkowity koszt zakupu sprzętu** ……………………………………………………PLN

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Deklarowany przez Wnioskodawcę procentowy udział w kosztach zakupu sprzętu |  % |
| 2. | Deklarowany i udokumentowany przez sponsora procentowy udział w kosztach zakupu sprzętu | % |
| 3. | Inne źródła finansowania ( należy udokumentować) ……………………………………………………………………… | % |
| 4. | Oczekiwany % dofinansowania ze środków PFRON |  |
| **Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania PLN:** |  |
| **Słownie:** …………………………………………………………………………………………… |
| **Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek:** ………………………………………………………………………….**Dotychczasowe źródła finansowania:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**IV. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON ( na podstawie umowy).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Nr umowy** | **Data zawarcia umowy** | **Przedmiot umowy** | **Czy umowa została rozliczona?** |
| **1.** |  |  |  | **tak/ nie** |
| **2.** |  |  |  | **tak/ nie** |
| **3.** |  |  |  | **tak/ nie** |
| **4.** |  |  |  | **tak/ nie** |

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:**

 tak  nie

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec jednostki samorządu terytorialnego, w której składany jest wniosek:**

 tak  nie

**Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:** ……………………………………………………………………………………………………….

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął.

**Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:**

 tak  nie

Uprzedzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny *oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.*

*O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 7 dnia od dnia zaistnienia zmiany.*

*„Oświadczam, że posiadam środki własne lub pozyskane z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobojętnej dofinansowaniem ze środków PFRON”.*

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (4.5.2016 L119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL) informujemy, że:

1.Administratorem danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żaganiu tel: 68 477 77 71

2.Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żaganiu, Maciejem Gęsigóra możliwy jest pod adresem email: iod@powiatzaganski.pl

3.Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia postępowania administracyjnego w związku z obsługą wniosku o przyznanie środków z PFRON na podstawie:

- art. 6 ust. 1 lit.,c, d, e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r

- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 grudnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2014 r., poz.1835).

4.Państwa dane osobowe przetwarzane będą przez okres trwania postępowania i przechowywane będą przez okres 10 lat.

5.Państwa dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w związku z realizowaną sprawą lub po jej realizacji, w szczególności mogą być przekazane PFRON w celu realizacji sprawy.

6.Posiadają Państwo prawo do: żądania od administratora dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania.

7.Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.

8.Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest niezbędne w celu realizacji Państwa sprawy, a niepodanie danych, żądanie ograniczenia ich przetwarzania, żądanie ich usunięcia w trakcie realizacji sprawy, będzie skutkowało niemożnością załatwienia Państwa sprawy.

*………………………… ………………………………………………………………*

 *Data Podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego*

 *lub pełnomocnika*

**Wymagane załączniki do wniosku:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **WYPEŁNIA PCPR***(należy zaznaczyć właściwe)* |
|  | **Nazwa załącznika** | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia/uwagi/ |
|  | Wpis do ewidencji działalności gospodarczej |   |   |  |
|  | Wpis do Krajowego Rejestru Sądowego |   |   |  |
|  | Wpisy do innych rejestrów i ewidencji nie ujętych w pkt. 1 i 2 |   |   |  |
|  | Oświadczenie, że podmiot nie znajduje się w trudnej sytuacji ekonomicznej |   |   |  |
|  | Kosztorys/wycena/faktura proforma na sprzęt objęty wnioskiem o dofinansowanie |   |   |  |
|  | Dokument potwierdzający posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem PFRON |  |  |  |
|  | Dokument potwierdzający prowadzenie działalności **związanej z rehabilitacją** osób niepełnosprawnych przez okres **co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku** |   |   |  |
|  | W przypadku gdy podmiot jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 o swobodzie działalności gospodarczej do wniosku dołączą się:1. 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
 |   |   |  |
| 1. 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, z którym jest związana pomoc *de minimis*
 |  |  |  |
|  | W przypadku, gdy podmiot jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej do wniosku dołączą się ( poza wymienionymi w pkt 1-7):1. potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej
 |  |  |  |
| 1. Informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku
 |  |  |  |

**Adnotacje osoby przyjmującej wniosek**

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

………………………………………………….

/ data i podpis pracownika PCPR/

**Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**

1. Wniosek został rozpatrzony: **pozytywnie / negatywnie**

**Uzasadnien**ie: ………………………………………………………………………………………….

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

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

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

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

1. Całkowity koszt sprzętu rehabilitacyjnego wynosi: ………………………………..zł
2. Dofinansowanie ze środków PFRON wynosi: ……………………………………… zł

( słownie: …………………………………………………………………………………….zł.)

…………………………………

 / data/

Podpisy komisji ds. rozpatrywania wniosków:

………………………………………….

…………………………………………

………………………………………….

……………………………………….. ………………………………………………

 / data/ podpis Dyrektora PCPR