Data wpływu:
Nr sprawy:

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

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 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 do-finanso-wania	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.

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

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU
1. Aktualny wpis z rejestru sądowego (ważny 3 miesiące) 2. Statut 3. Informacja o prowadzeniu działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku (opis działań zrealizowanych) 4. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo) 5. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach W przypadku podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2017 r., poz. 2168 z późniejszymi zmianami) dodatkowo: 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 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, z którym jest związana pomoc de minimis (załącznik zgodnie z obowiązującymi przepisami) - dostarczyć przed zawarciem umowy 3. Zaktualizowaną informację o pomocy de minimis lub innej pomocy publicznej przeznaczonej na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą otrzymanej po złożeniu wniosku o dofinansowanie ze środków Funduszu (załącznik zgodnie z obowiązującymi przepisami) – dostarczyć przed zawarciem umowy. W przypadku pracodawcy prowadzącego Zakład Pracy Chronionej dodatkowo: 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 dniem złożenia wniosku 3. 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 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, z którym jest związana pomoc de minimis (załącznik zgodnie z obowiązującymi przepisami) - dostarczyć przed zawarciem umowy 5. Zaktualizowaną informację o pomocy de minimis lub innej pomocy publicznej przeznaczonej na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą otrzymanej po złożeniu wniosku o dofinansowanie ze środków Funduszu (załącznik zgodnie z obowiązującymi przepisami) – dostarczyć przed zawarciem umowy.

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU	
Lp.	**Plik**

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE
Lista

PODPISANY WNIOSEK
Plik

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

1. **Administrator danych osobowych**
   Administratorem Państwa danych osobowych jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu z siedzibą przy pl. Świętego Józefa 5 w Kaliszu.

2. **Inspektor ochrony danych**
   Kontakt z inspektorem ochrony danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu jest możliwy pod nr tel. 62 50 14 207.

3. **Cele przetwarzania danych**
   Państwa dane osobowe przetwarzane będę w celu przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacyjnego Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

4. **Podstawa prawna przetwarzania danych**
   Podstawą do przetwarzania Państwa danych jest realizacja obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. a oraz c RODO), także w przypadku danych szczególnych kategorii danych, np. dane dotyczące zdrowia (art. 9 ust. 2 lit. a oraz b RODO) oraz ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

5. **Odbiorcy danych**
   Odbiorcami Państwa danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, w tym PFRON.

6. **Okres przechowywania danych**
   Państwa dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w oparciu o jednolity rzeczowy wykaz akt obowiązujący w jednostce, nie krócej niż 10 lat.

7. **Państwa prawa:**
   a) prawo dostępu do treści swoich danych;
   b) prawo do sprostowania i uzupełnienia danych;
   c) w przypadku przetwarzania na podstawie zgody – prawo do jej cofnięcia;
   d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
   e) prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
   f) w szczególnych przypadkach prawo do usunięcia danych;
   g) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, infolinia: 606 950 000), gdy uznają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.

   Prawo dostępu do danych, sprostowania i uzupełnienia oraz ograniczenia przetwarzania podlegają ograniczeniu po przekazaniu akt zawierających dane osobowe do archiwum zakładowego, na mocy art. 22b ust. 4 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości skorzystania z dofinansowania.