

Wypełnia PCPR

Numer wniosku:

Data wpływu:

**Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
do sprzętu rehabilitacyjnego**

1. Nazwa i adres podmiotu.

Pełna nazwa

.....

Adres:.....

.....

nr tel:

2. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych podmiotu.

Pieczętka imienna i podpis

Pieczętka imienna i podpis

3. Informacje o realizacji zobowiązań wobec funduszu przez podmiot.

Czy podmiot jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy podmiot zalega z wpłatami na rzecz PFRON	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości		

4. Informacje o działalności rehabilitacyjnej na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych.

Opisać rodzaj prowadzonej działalności	
.....	
.....	
.....	
.....	
Liczba osób niepełnosprawnych, objętych działalnością rehabilitacyjną w roku	Dzieci: Dorośli:

5. Podmiot występuje o dofinansowanie ze środków PFRON do następującego sprzętu rehabilitacyjnego-przedmiot dofinansowania.

l.p.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem
			Razem:	

6. Miejsce realizacji zadania:

Pełna nazwa				
.....				
Miejscowość	Kod pocztowy	Nr posesji	Ulica	Gmina

7. Uzasadnienie konieczności zakupu sprzętu – cel dofinansowania:

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....

8. Przewidywany efekt realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych, w tym liczba osób niepełnosprawnych (przeciętnie w miesiącu), która będzie korzystać ze sprzętu:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

9. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych i kadrowych w związku z zadaniem:

Informacje dot. pomieszczeń gdzie będzie instalowany sprzęt:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Informacje o kadrze niezbędnej do obsługi sprzętu:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

10. Koszt przedsięwzięcia

Koszt ogólny:

Środki własne na realizację zadania:

Wnioskowana kwota dofinansowania: co stanowi% kosztów ogólnych.

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez podmiot na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

.....
.....
.....
.....

Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania:

.....
.....
.....
.....

11. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadani:

.....
.....

12. Dodatkowe informacje/cel działania podmiotu, obszar itp./

.....
.....
.....
.....

13. Informacje o stanie prawno-finansowym podmiotu:

Status prawny podstawa działania	Regon	
Nr rejestru sądowego	Data wpisu do rejestru sądowego	
Organ założycielski	Nr NIP	
Nazwa Banku	Nr konta	
Czy jest płatnikiem VAT	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

14. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

Nr i data umowy	Kwota przyznana	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
RAZEM		Kwota rozliczona-razem		

15. Załączniki (dokumenty)wymagane do wniosku

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku: tak/nie	Uzupełniona: tak/nie (wypełnia MOPS)	Data uzupełnienia: (wypełnia MOPS)
Aktualny wypis z rejestru sądowego (ważny 3 m-ce)			
Statut			
Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych dłużej niż 2 lata lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych			
Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)			
Udokumentowanie posiadania środków własnych lub innych źródeł finansowania			
Udokumentowanie posiadania konta bankowego			
Faktura pro-forma lub kosztorys na wnioskowany sprzęt			
Inne dokumenty			
W przypadku gdy podmiot prowadzi działalność gospodarczą:			
Zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w danym roku kalendarzowym i dwóch poprzedzających go latach albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie,			
Informacja o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał podmiot w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis			

W sytuacji, gdy wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:			
Potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,			
Informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku,			

Informujemy, że:

- Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Mątewskiej 17 w Inowrocławiu (kod pocztowy: 88-100), tel: 523592255, adres e-mail: biuro@pcpr-ino.pl,
- inspektorem danych osobowych u administratora jest Andrzej Zachwieja, e-mail: iod@zanex.net.pl,
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz w celach archiwalnych na podstawie Ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach,
- przetwarzanie danych następuje na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, rozporządzeń wykonawczych do przedmiotowej ustawy oraz programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych,
- dane nie będą udostępniane innym odbiorcom, za wyjątkiem przypadków, kiedy obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa. Mogą być jednak przekazywane innym podmiotom zapewniającym obsługę administracyjną, prawną, techniczną, informatyczną, transportową PCPR na podstawie zawartych umów powierzenia. Podmioty te nie będą uprawnione do przetwarzania danych we własnych celach,
- dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt zatwierdzonym przez Archiwum Państwowe,
- posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
- ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza obowiązujące przepisy prawne,
- podanie danych osobowych jest obowiązkowe. Odmowa podania danych będzie skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku.

OŚWIADCZAM, ŻE

1. Powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Inowrocławiu o zmianach mających wpływ na przyznanie dofinansowania po złożeniu wniosku.
2. Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Przyjmuję do wiadomości, że prawidłowo zaadresowana tj.: zgodnie z adresem podanym we wniosku korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznana będzie zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, za doręczoną.
4. Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku do dofinansowania nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach przedmiotowego zadania.

.....

podpis

Adnotacje przyjmującego wniosek (wypełnia PCPR)

.....
.....
.....
.....
.....

.....
(podpis pracownika DRON)

I. Ocena zasadności wniosku

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data rozpatrzenia wniosku:.....

.....
(podpis pracownika DRON)

II. Ustalone warunki umowy

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(podpis pracownika DRON)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(podpis osoby upoważnionej)