**Data wpływu:**

**Nr sprawy: NP.4101.RI. .2024**

**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 domu:** |  | | |
| **Nr lokalu:** |  | | |
| **Kod pocztowy:** |  | | |
| **Poczta:** |  | | |
| **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:** | * publicznych * 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?** |  Nie Tak | |
| **Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:** |  Nie Tak | |
| **Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:** |  | |
| **Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:** |  Nie dotyczy  Nie Tak | |
| **Podstawa prawna:** |  | |
| **Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:** |  Nie 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)?:** |  Nie Tak | | |
| **Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:** |  Nie Tak | | |
| **Czy wnioskodawca jest**  **podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:** |  Nie 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**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **V. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON** | | | | | |
| **Cel dofinansowania** | **Nr umowy** | **Data zawarcia** | **Kwota dofinansowania** | **Stan rozliczenia** | **Kwota rozliczona** |

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?**

* Nie
* Tak

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **KOSZTY PRZEDSIĘWZIĘCIA** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |

**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:** | | |  | | | | |
| **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:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |

**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** | | |
|  |  | | |

|  |
| --- |
| **LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE** |
| **Lista** |
|  |
| **PODPISANY WNIOSEK** |
| **Plik** |
|  |

Załącznik nr 1 do wniosku

ZGODA

**Wyrażam/nie wyrażam** zgody na wykorzystanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Głogowie   
ul. Słowiańska 13, 67-200 Głogów, numerutelefonu w celach kontaktowych związanych ze złożonym wnioskiem.

…….………………………….…………….  
*Data, podpisy osób składających wniosek*

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ( RODO), informujemy że:*

* Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Głogowie,   
  ul. Słowiańska 13, 67-200 Głogów.
* W sprawach związanych z Pani/Pana danymi osobowymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD): tel. 76 300 01 40, e-mail iodo@amt24.biz
* Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia złożonego wniosku oraz w celach kontaktowych związanych z w/w wnioskiem.
* Podstawą przetwarzania danych osobowych jest:
* art. 6 pkt 1 lit. c RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego   
  na administratorze,
* ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób   
  niepełnosprawnych,
* Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia   
  rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
* art. 6 pkt 1 lit a RODO – osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów – zgoda dotyczy numeru telefonu lub adresu e-mail.
* Odbiorca lub kategorie odbiorców: Podmioty upoważnione na podstawie zawartych umów powierzenia oraz uprawnione na mocy obowiązujących przepisów prawa.
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane. W szczególności dane mogą być również przetwarzane przez wynikający z przepisów prawa okres związany z dochodzeniem i przedawnieniem roszczeń.
* Posiada Pani/Pan prawo: prawo do edycji, wglądu, informacji o źródle pozyskania, sprzeciwu na dalsze   
  przetwarzanie, a także prawo do bycia zapomnianym, chyba że w przepisach prawa wyraźnie wskazano inaczej lub żądanie stoi w sprzeczności z prawnie uzasadnionym interesem Administratora.
* Ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody dotyczącej numeru telefonu lub adresu e-mail w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej   
  cofnięciem.
* Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, w Polsce jest nim Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 913 Warszawa.
* Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państw trzecich (tj. państw spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego obejmującego Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię) lub do organizacji międzynarodowych.
* Podanie danych jest wymogiem ustawowym i jest niezbędne do realizacji tego wniosku.
* Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku.

Załącznik nr 2 do wniosku

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

miejscowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

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

(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

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

(adres wnioskodawcy)

 **jest**  **nie jest**

pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej.

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy* |
|  |  |

Jeżeli wnioskodawca jest ZPCH dołącza do wniosku:

1. potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
2. informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku,
3. informację o pomocy publicznej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

Załącznik nr 3 do wniosku

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

miejscowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

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

(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

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

(adres wnioskodawcy)

 **jest**  **nie jest**

przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 19 listopada 1999 r. – Prawo o działalności gospodarczej (Dz. U. nr 101, poz. 1178 z późn. zm.).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy* |
|  |  |

Jeżeli wnioskodawca jest przedsiębiorcą należy dołączyć do wniosku informację o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami ustawy o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

Załącznik nr 4 do wniosku

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

miejscowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

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

(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

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

(adres wnioskodawcy)

 **jest**  **nie jest**

Płatnikiem podatku VAT w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. - o podatku od towarów i usług (Dz. U. nr 54, poz. 535 z późn. zm.).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy* |
|  |  |

Załącznik nr 5 do wniosku

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

miejscowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

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

(data)

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

(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz wobec Urzędu skarbowego.

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *Data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy* |
|  |  |

Załącznik nr 6 do wniosku

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

miejscowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

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

(data)

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

(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

**Posiada następujący rachunek bankowy/rachunki bankowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **1. Nazwa banku** |  |
| Nr rachunku bankowego |  |
| Informacja o ewentualnych obciążeniach |  |
| **2. Nazwa banku** |  |
| Nr rachunku bankowego |  |
| Informacja o ewentualnych obciążeniach |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *Data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy* |
|  |  |

Załącznik nr 7 do wniosku

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

miejscowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

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

(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

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

(adres wnioskodawcy)

Posiada środki własne lub pozyskane z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu.

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *Data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy* |
|  |  |

## WYPEŁNIA PCPR

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów

|  |  |
| --- | --- |
| *Data* | *Podpis pracownika PCPR* |
|  |  |

### Ocena formalna wniosku

 **pozytywna**  **negatywna**

|  |  |
| --- | --- |
| *Data* | *Podpis pracownika PCPR* |
|  |  |

#### Uzasadnienie (w przypadku negatywnej oceny formalnej)