...…………………………..........

Data wpływu wniosku do PCPR Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

09-200 Sierpcu, ul. Świętokrzyska 2a, tel. 275-76-60

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW

PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

**ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY**

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 w odpowiedniej rubryce wpisać „Dołączono – załącznik nr ......... do części…….” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Część A: informacje o wnioskodawcy

|  |
| --- |
| Nazwa i adres Wnioskodawcy: |
| Miejscowość: | Kod pocztowy: | Ulica: | Nr: | Województwo: |
| Nr tel.: kierunkowy: ………….. tel. ………………………………….. | Nr fax: ............................................ |

Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (pieczątka imienna)Podpis: ............................................. |  | (pieczątka imienna)Podpis: ............................................. |

|  |
| --- |
| Informacja o osobach niepełnosprawnych pozostających w zasięgu działania Wnioskodawcy |
| Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku: |
|  TAK (proszę podać datę od kiedy) | NIE |
| Wnioskodawca prowadzi działalność w zakresie rehabilitacji: ( TAK lub NIE) zawodowej ……………..………….. leczniczej ……………………..….. społecznej …………..…………….. |
| Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością (przeciętnie w roku):W tym:  do lat 18: ........................ powyżej lat 18: ............................ razem: ...........................  |
| Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy |
| Status prawny: | REGON:PKD (Polska Klasyfikacja Działalności): |
| Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej: | Data wpisu do rejestru sądowego lub do ewidencji działalności gospodarczej: |
| Organ założycielski: | Nr identyfikacyjny NIP: |
| Nazwa banku: | Nr konta bankowego: |
| Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT  |  Tak: | Nie:  |
| Źródła finansowania bieżącej działalności Wnioskodawcy…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy na rzecz osób niepełnosprawnych: 1. cel działania i teren działania, 2. od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych, 3. liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością Wnioskodawcy, 4. liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje, 5. znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje.…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |
| Informacje o korzystaniu ze środków PFRON w ostatnich trzech latach przed złożeniem wniosku. |
| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (\*zakreślić właściwą odpowiedź) TAK NIEJeśli TAK – wnioskodawca wypełnia poniższe rubryki |
| Nr i data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Celdofinansowana | Termin rozliczenia | Stan rozliczenia | Uwagi |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |

 Część B: informacje o przedmiocie wniosku

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

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

Przedmiot dofinansowania ………………………….………………………………………………….......................................

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

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

Cel dofinansowania …………………………………………….………..………………………………....................................

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

Zakres wnioskowanego dofinansowania:

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………… |

Przewidywany koszt realizacji zadania:

1. Całkowity koszt przedsięwzięcia: …………………………………………………………………………………………………....
2. Deklarowane własne środki: …………………………………………………………………………………………...………..
3. Inne źródła finansowania ogółem ( jeśli są – należy je udokumentować):

a) ……………………………………………………………………………………………………

b) ……………………………………………………………………………………………………

4. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania, do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek, wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania.

a) ……………………………………………………………………………………………………

b) ……………………………………………………………………………………………………

c) ……………………………………………………………………………………………………

**5. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu (do 80% kosztów zakupu sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia):**

…………………………………………………………………………. zł

(słownie złotych: ………………………………………………………………………………………………….…………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………)

Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku ( w tym : przewidywany termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania – po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku)

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………… |

|  |
| --- |
| Oświadczenia Wnioskodawcy: |
|  |

1. Oświadczam, że **jestem / nie jestem** \* podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą
w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców.
2. Oświadczam, że **jestem / nie jestem** \* pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej.
3. Oświadczam, że **nie mam zaległości** wobec Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, **nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie**.
4. Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
5. Oświadczam, że **posiadam środki finansowe** (inne niż PFRON) na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu.
6. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie **nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach zadania** oraz, że warunkiem zawarcia umowy jest spełnianie warunków dofinansowania określonych w przepisach prawa, także w dniu podpisania umowy.
7. Oświadczam, ze znane mi są zasady przyznawania dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie, w tym na przekazywanie podanych przeze mnie danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załącznikach w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Sierpcu do celów niezbędnych do realizacji zadania, zgodnie z postanowieniami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO).

Celem przetwarzania danych osobowych jest realizowanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie zadań określonych art. 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej grożącej mi za składanie fałszywych zeznań prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

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

(*data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej do* (*data i podpis osoby uprawnionej do*

 *reprezentacji wnioskodawcy) reprezentacji wnioskodawcy)*

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

 (*imię, nazwisko, telefon kontaktowy osoby*

 *odpowiedzialniej i upoważnionej do prowadzenie zadania*

*\* niewłaściwe skreślić*

 załącznik nr 1 do wniosku

#### SZCZEGÓŁOWY WYKAZ SPRZĘTU

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | Wyszczególnienie (nazwa sprzętu rehabilitacyjnego) | Ilość sztuk | Cena jednostkowa | Koszt całkowity | Środki własne lub sponsorów | Wnioskowana kwota |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |  |  |

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

(*data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej do* (*data i podpis osoby uprawnionej do*

 *reprezentacji Wnioskodawcy) reprezentacji Wnioskodawcy)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wykaz załączników (dokumentów) wymaganych do części A i B wniosku -- wypełnia pracownik PCPR: | **Załączono do wniosku tak/nie** | **Uzupełniono dnia:** |
| 1. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z centralnej ewidencji działalności gospodarczej /ważny 3 miesiące/.
 |  |  |
| 1. Statut wnioskodawcy.
 |  |  |
| 1. Dokument potwierdzających prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat.
 |  |  |
| 1. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo).
 |  |  |
| 1. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach.
 |  |  |
| 1. Szczegółowy wykaz sprzętu rehabilitacyjnego wraz z kosztorysem wydatków związanych z jego zakupem
 |  |  |
| 1. Oferta cenowa na wnioskowany sprzęt, wystawiona przez dostawcę sprzętu rehabilitacyjnego na wnioskodawcę
 |  |  |
| Jeżeli wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców dołącza do wniosku: |
| 1. Zaświadczenie o pomocy *de minimis* otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe, albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie.
 |  |  |
| 1. Informację o każdej innej pomocy niż *de minimis*, jaką otrzymał wnioskodawca w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc *de mini mis.*
 |  |  |
| Jeżeli wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej dołącza do wniosku: |
| 1. Informację o każdej innej pomocy niż *de minimis*, jaką otrzymał wnioskodawca w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc *de mini mis.* |  |  |
| 2. Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej – kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy. |  |  |
| 3. Informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku – dotyczy Zakładu Pracy Chronionej. |  |  |

Uwaga ! Dokumenty w kserokopii winny być potwierdzone “za zgodność z oryginałem” przez osobę uprawnioną.

Na żądanie PCPR wnioskodawca zobowiązany jest przedłożyć oryginały dokumentów.

|  |
| --- |
|  *(data, pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR)**Podpis* ................................................................................ |