



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl e-mail: sekretariat@pcprkartuzy.pl

.....
numer sprawy
(wypełnia pracownik PCPR)

.....
data wpływu wniosku

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

1. Nazwa i adres siedziby wnioskodawcy

Pełna nazwa			
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu
Województwo			

2. Informacje o siedzibie wnioskodawcy

Numer NIP	Numer REGON
Nazwa banku	Numer rachunku bankowego

3. Status prawny i podstawa działania

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

4. Dane osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy w sprawie:

Imię i nazwisko	Pełniona funkcja i podstawa upoważnienia
Imię i nazwisko	Pełniona funkcja i podstawa upoważnienia



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl e-mail: sekretariat@pcprkartuzy.pl

5. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w latach ubiegłych:

<i>Nr i data zawarcia umowy</i>	<i>Kwota przyznana</i>	<i>Cel</i>	<i>Termin rozliczenia</i>	<i>Stan rozliczenia</i>
<i>Razem:</i>		<i>Razem kwota rozliczenia:</i>		

6. Miejsce realizacji zadania:

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

7. Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego:

.....
.....

8. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:

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

9. Planowana liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu).....w tymosób niepełnosprawnych..... dzieci i młodzieży niepełnosprawnej.

10. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....
.....



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl e-mail: sekretariat@pcprkartuzy.pl

11. Przewidywany koszt realizacji

zadania.....zł
(słownie.....zł)

12. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON: zł

(słownie.....zł)

13. Uzasadnienie konieczności zakupu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego:

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

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

(słownie.....zł)

15. Ogólna wartość źródła dotychczasowego finansowania:

(należy dołączyć udokumentowaną informację o innych źródłach finansowania zadania)

16. Pouczenia:

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 k.k. w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 k.p.a. za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

Zobowiązuję się przed zawarciem umowy przedstawić 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 – dotyczy podmiotów prowadzących działalność gospodarczą.

Uwaga:

Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania. Koszty poniesione przed ewentualnym podpisaniem umowy nie podlegają dofinansowaniu.

.....
data

.....
podpis osób uprawnionych do reprezentowania
wnioskodawcy



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl e-mail: sekretariat@pcprkartuzy.pl

I. Załączniki dotyczą wszystkich wnioskodawców:

1. dokument potwierdzający prowadzenie działalności statutowej na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku,
2. dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu,
3. statut organizacji, jednostki - potwierdzony za zgodność z oryginałem,
4. aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej a w przypadku jednostek samorządu terytorialnego uchwały o utworzeniu,
5. pełnomocnictwa w przypadku, gdy wniosek jest podpisany przez osoby upoważnione do reprezentowania,
6. udokumentowanie posiadania rachunku bankowego,
7. oświadczenie wnioskodawcy o nie zaleganiu wobec PFRON oraz nie będącego stroną umowy zawartej i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy,
8. kosztorys wydatków związanych z realizacją zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

II. Załącznik dla wnioskodawcy - przedsiębiorcy:

1. informacja 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,
2. zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe lub oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy de minimis w tym zakresie.

III. Załączniki dla wnioskodawcy pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej:

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 datą złożenia wniosku,
3. informacja 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,
4. zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe lub oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy de minimis w tym zakresie.

KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku z rozpoczęciem stosowania z dniem 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy, iż na podstawie art. 13 RODO od dnia 25 maja 2018 r. będą Pani/Panu przysługiwały określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**.

1. Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie** z siedzibą w Kartuzach, ul. Mściwoja II 20, sekretariat@pcprkartuzy.pl
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@pcprkartuzy.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych związanych m.in. z zaopatrzeniem w sprzęt rehabilitacyjny osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej,
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
5. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenie z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych,
6. Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
7. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
8. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji,
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu,
10. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
11. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym,
12. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl e-mail: sekretariat@pcprkartuzy.pl

Zestawienie kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

L.p.	Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego	Ilość sztuk	Cena jednostkowa netto	Podatek VAT	Wartość brutto	Wnioskowana kwota dofinansowania
1						
2						
3						
4						
.....						
....						
RAZEM						



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl e-mail: sekretariat@pcprkartuzy.pl

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczęć wnioskodawcy

**Powiatowe Centrum Pomocy
Rodzinie w Kartuzach**

Oświadczenie

W związku z treścią § 5 ust. 1, pkt 2 Rozporządzenia 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 (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 926);

Potwierdzam, że prowadzę działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.

.....
(czytelny podpis osób uprawnionych do
reprezentacji wnioskodawcy, pieczęć)

Powyższe oświadczenie zostaje złożone w świadomości o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy, zgodnie z art. 233 § 1 kodeksu karnego.



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl e-mail: sekretariat@pcprkartuzy.pl

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczęć wnioskodawcy

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach

Oświadczenie

W związku z treścią § 9 ust. 1 Rozporządzenia 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 (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 926);

Oświadczam, że nie posiadam/posiadam* zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu 3 lat od dnia złożenia wniosku o dofinansowanie ze środków Funduszu nie byłam(łem) stroną umowy zawartej z Funduszem, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

*niepotrzebne skreślić

.....
(czytelny podpis osób uprawnionych do reprezentacji
Wnioskodawcy, pieczęć)

Powyższe oświadczenie zostaje złożone w świadomości o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy, zgodnie z art. 233 § 1 kodeksu karnego