



**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](http://www.pcprkartuzy.pl) e-mail: [sekretariat@pcprkartuzy.pl](mailto: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](http://www.pcprkartuzy.pl) e-mail: [sekretariat@pcprkartuzy.pl](mailto: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 tym .....osób 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](http://www.pcprkartuzy.pl) e-mail: [sekretariat@pcprkartuzy.pl](mailto: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](http://www.pcprkartuzy.pl) e-mail: [sekretariat@pcprkartuzy.pl](mailto: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](mailto: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](http://www.pcprkartuzy.pl) e-mail: [sekretariat@pcprkartuzy.pl](mailto: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						
.....						
....						
<b>RAZEM</b>						

.....  
Miejscowość i data



**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](http://www.pcprkartuzy.pl) e-mail: [sekretariat@pcprkartuzy.pl](mailto:sekretariat@pcprkartuzy.pl)

---

.....  
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, pieczętka)

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

.....  
Miejscowość i data

.....



**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](http://www.pcprkartuzy.pl) e-mail: [sekretariat@pcprkartuzy.pl](mailto:sekretariat@pcprkartuzy.pl)

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