Data wpływu:
Nr sprawy:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych i jednostek organizacyjnych prowadzących działalność na rzecz osób niepełnosprawnych

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:	

III. ADRES DO KORESPONDENCJI

☐ **Taki sam, jak adres siedziby**

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 pełnia 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:	
Kod pocztowy:	
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

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?
☐ Nie
☐ Tak

V. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinan-sowania	Stan rozliczenia	Kwota rozliczona

Część C – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot wniosku:

II. SZCZEGÓŁOWY PRELIMINIARZ 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:	

V. KOSZTY PRZEDSIĘWZIĘCIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przewidywany łączny koszt realizacji zadania:	
Własne środki przeznaczone na realizację zadania:	
Inne publiczne źródła finansowania ogółem – 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:

Część D – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania.
2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
3. Oświadczam, że podane we wniosku informacje są zgodne z prawdą.
4. Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot zobowiązuje się do uzyskania środków finansowych w wysokości wystarczającej na pokrycie udziału własnego w kosztach realizacji zadania/zadań.
5. Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
7. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek o dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z PFRON i zatwierdzeniu ich uchwałą Rady Miasta Konina.

Miejscowość	Data	Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	

Klauzula informacyjna

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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest
   a) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą przy Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa,
   b) Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Przyjaźni 5, 62-510 Konin, tel. 63 242 62 32, e-mail: sekretariat@moprkonin.lm.pl
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych:
   a) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: iod@pfron.org.pl, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. 22 50 55 500
   b) Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie, Pani Joanna Jaworska: ul. Przyjaźni 5, 62-100 Konin, tel. 63 24 99 671
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez:
   a) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu zarządzania systemem SOW, monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacji (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e oraz art. 9 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.),
   b) Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w związku ze złożonym wnioskiem o udzielenie pomocy w celu przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej i przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.), w tym w systemie informatycznym SOW (system obsługi wsparcia), który ma usprawnić proces aplikowania o środki PFRON. Regulamin korzystania z systemu SOW dostępny jest pod adresem https://sow.pfron.org.pl.
4. Zakres przetwarzanych Pani/ Pana danych osobowych określony jest przepisami prawa.
5. W przypadku, gdy przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie zgody (art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie udzielonej zgody przed jej cofnięciem.
6. Jeżeli przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie Pani/ Pana zgody, podanie tych danych osobowych administratorowi ma charakter dobrowolny.
7. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:
   a) podmioty uprawnione na mocy przepisów prawa
   b) podmioty uprawnione na mocy zawartych umów na powierzenie przetwarzania danych osobowych przez administratorów
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.
9. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt. 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
10. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
11. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie, 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.;
12. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie odmowa przyznania wnioskowanych świadczeń.
13. Pani/ Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będzie wobec nich profilowania.

_____	_____
data	czytelny podpis