**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<br>☐ 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:** | |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON (do 80% wartości sprzętu)** | |
| **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 |