

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla podmiotu prowadzącego działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych

Część A: Informacje o Wnioskodawcy:**1. Nazwa podmiotu, siedziba i adres:**

Pełna nazwa:.....				
.....				
	-			
Miejscowość	Kod pocztowy	ulica	nr posesji	Gmina
Powiat	Województwo	Nr tel		Nr faxu

2. Dane osób upoważnionych do reprezentowania Wnioskodawcy w sprawie:

..... Imię i nazwisko Imię i nazwisko
..... stanowisko stanowisko
Dowód osobisty: seria _____ numer _____	Dowód osobisty: seria _____ numer _____
Wydany przez:	Wydany przez:

3. Informacje o stanie prawnym - finansowym Wnioskodawcy:

..... Status prawny i podstawa działania Organ założycielski
..... Nr rejestru sądowego Data wpisu do rejestru sądowego
..... Nr REGON Nr identyfikacyjny NIP
..... Nazwa banku Nr rachunku bankowego
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT	Tak: _____ Nie: _____

Czy Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej	Tak:	Nie:
--	------	------

4. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku:

Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
Razem:		Razem kwota rozliczona:		

5. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy

Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy:	
Teren działania:	
Opis prowadzonej działalności na rzecz osób niepełnosprawnych:	
Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej:	
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością:	
Inne informacje:	

6. Załączniki wymagane do wniosku

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie
1. Dokumenty poświadczające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej dwóch lat przed dniem złożenia wniosku	
2. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z centralnej ewidencji działalności gospodarczej	
3. Pełnomocnictwo - w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania wnioskodawcy	
4. Oferty cenowe wnioskowanego sprzętu/sprzętów wystawione na wnioskodawcę przez dostawcę sprzętu rehabilitacyjnego	
5. W przypadku, gdy podmiot prowadzi działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej dołączyć należy:	

1) zaświadczenia o pomocy <i>de minimis</i> otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy <i>de minimis</i> w tym okresie,	
2) informacje o każdej pomocy innej niż <i>de minimis</i> , jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc <i>de minimis</i> ,	
3) oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy	
6. Dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu	

W przypadku Zakładów Pracy Chronionej dodatkowo :

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 3 miesięcy przed datą złożenia wniosku	

Część B : Informacje o przedmiocie wniosku

1. Przedmiot wniosku:

l.p.	nazwa urządzenia/sprzętu	ilość	cena jednostkowa	wartość ogółem
			<u>Razem:</u>	

3. Miejsce realizacji zadania

4. Planowany czas realizacji zadania

Termin rozpoczęcia zadania:

Przewidywany czas realizacji zadania:

5. Przewidywany koszt realizacji zadania

6. Cel dofinansowania oraz przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:

8. Koszt przedsięwzięcia

Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia: zł

Własne środki przeznaczone na realizację zadania: zł

Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje) zł, z tego:

a)

b)

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu: zł.

Kwota słownie: zł.

9. 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

Oświadczenia wnioskodawcy:

1. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz , że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

3. Oświadczam, że posiadam środki finansowe (inne niż PFRON), które łącznie z dofinansowaniem umożliwią sfinansowanie przedsięwzięcia.

4. Oświadczam, że w stosunku do mnie nie toczy się postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
 5. Oświadczam, że **jestem / nie jestem** * pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej.
 6. Oświadczam, że **jestem / nie jestem** * zaliczony do sektora finansów publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o Finansach publicznych.
 7. Oświadczam, że przy korzystaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będę stosował zasady określone w ustawie z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych.
 8. Oświadczam, że **jestem / nie jestem** * podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców.
- Wnioskodawca, który oświadczył, że w pkt 8, że **jest przedsiębiorcą** zobowiązany jest do złożenia poniższych oświadczeń:
- 1) Oświadczam, że pomoc publiczna, o którą wnioskuję wiąże się z korzyścią ekonomiczną, której nasze przedsiębiorstwo nie mogłoby osiągnąć prowadząc działalność bez jej uzyskania. Pomoc **będzie miała / nie będzie miała** * wpływu na potencjalne lub faktyczne zakłócenie konkurencji – zgodnie z ust. 1 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską.
 - 2) Oświadczam, że pomoc publiczna, o którą wnioskuję **będzie miała / nie będzie miała wpływu** * na wymianę handlową pomiędzy państwami członkowskimi UE.
 - 3) Oświadczam, że **jestem / nie jestem** * przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie informuje, że w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek pozostanie bez rozpatrzenia.

.....
/data i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy/

.....
/data i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy/

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części A oraz odpowiedniej części B, ewentualnie wpisać "Nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać "W załączeniu - załącznik nr" czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza..

* - właściwe podkreślić

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu dodatkowych danych tj. serii i nr dowodu osobistego oraz numeru telefonu, w celu realizacji wniosku oraz przekazywania informacji dotyczących prowadzonego postępowania.

Zgoda jest wyrażana dobrowolnie i można ją wycofać w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....
/data i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy/

.....
/data i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy/

Klauzula informacyjna

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu, ul. Szaflarska 39, 34-400 Nowy Targ, kontakt mailowy pod adresem: pcpr@nowotarski.pl.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@nowotarski.org.pl
3. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości prawnych zrealizowania Pani/Pana żądania.
4. Dane zgromadzone na podstawie Pani/Pana zgody przetwarzane będą w celu weryfikacji Pani/Pana danych, przekazywania informacji dotyczących prowadzonego postępowania oraz przekazania przyznanego dofinansowania.
5. Ma Pan/Pani prawo do dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
6. **Więcej informacji znajduje się na stronie www.pcpr.nowotarski.pl oraz w siedzibie jednostki.**