

WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB
INWALIDYDZĄCYCH ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY OSÓB FIZYCZNYCH
PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ, OSÓB PRAWNYCH I JEDNOSTEK
ORGANIZACYJNYCH NIEPOSIADAJĄCYCH OSOBOWOŚCI PRAWNEJ

Nr sprawy:/2020

.....
Data przyjęcia (wypełnia MOPR)

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
ul. Filipowska 20, 16-400 Suwałki /tel. 87 5628984/

Część A: Informacja o Wnioskodawcy

Pełna nazwa:	
Adres:	
Nr telefonu/ faksu:	e-mail:
Nr NIP:	REGON:
Status prawny i podstawa działania	
Nazwa banku	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ Nr konta bankowego
Statut Wnioskodawcy zawiera zapis o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>
Wnioskodawca prowadzi działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>
Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji: <input type="checkbox"/> zawodowej <input type="checkbox"/> leczniczej <input type="checkbox"/> społecznej	
Czy z dofinansowanego sprzętu rehabilitacyjnego będą korzystać dzieci i młodzież niepełnosprawna	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. prawo przedsiębiorców	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>
Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy (<i>cel działania, źródła finansowania działalności, teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje</i>):	

Osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko.....	Imię i nazwisko.....
Adres zamieszkania	Adres zamieszkania
.....
PESEL	PESEL

(pieczęćka imienna i podpis)

(pieczęćka imienna i podpis)

Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON			Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Cel	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie /nie dotyczy	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		/Wypełnia pracownik MOPR/	
1. Aktualny wypis z rejestru sądowego lub z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej wydany nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku (kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy)			
2. Aktualny statut (kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy)			
3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo) – w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy			
4. Wydane (nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) przez bank zaświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego, wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach			
5. Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku			
6. Oświadczenie, iż Wnioskodawca jest lub nie jest płatnikiem podatku VAT			
7. W przypadku podmiotów prowadzących działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. prawo przedsiębiorców - do wniosku dołącza się: - zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie, - informacje 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.			
8. W przypadku podmiotów prowadzących ZPCh (poza zał. wymienionymi w pkt 7) - do wniosku dołącza się: - potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu ZPCh, - informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku.			

Część B: Informacje o przedmiocie wniosku**Przedmiot dofinansowania:**

--

Szczegółowy preliminarz sprzętu:

L.p.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem
Razem:				

Przewidywany koszt realizacji zadania:zł

1. Deklarowane własne środki: zł

Inne źródła finansowania ogółem:zł, z tego:

a)

b)

2. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:zł

(słownie:)

Miejsce realizacji zadania (instalacji sprzętu):

.....

.....

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

--

Cel dofinansowania i uzasadnienie potrzeby zakupu sprzętu:

--

Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:

--

Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych i kadrowych wskazujących na możliwość wykonania zadania:

--

Załączniki wymagane do części B wniosku:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak / nie / nie dotyczy	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		/wypełnia MOPR/	
1. Udokumentowanie środków własnych na sfinansowanie realizacji zadania, w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON			
2. Udokumentowanie środków pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie realizacji zadania, w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON			
3. Udokumentowanie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków lokalowych i technicznych do realizacji zadania			
4. Inne dokumenty: a) b)			

.....
(data i podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy)

- Oświadczam, że posiadam fachową kadrę do obsługi nabytego w ramach zadania sprzętu rehabilitacyjnego.
- Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłem/am/ w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Świadomy/a/ odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań zgodnie z art. 233 § 1 KK*, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(data i podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy)

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów

Pieczęć MOPR	(pieczętka imienna, podpis pracownika MOPR, data)
--------------	---------------------------------------------------

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

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części A oraz 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.

*„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (Dz. Urz. UE L 119/1, 4/5/2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie** z siedzibą w **Suwałkach** przy **ul. Filipowska 20** tel.: **87/562 8970**, adres e-mail: biuro@mopr.suwalki.pl;
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych – kontakt: adres e-mail: iod@mopr.suwalki.pl;
3. Cel przetwarzania danych: **postępowanie w sprawie realizacji dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w formie papierowej i elektronicznej w MOPR w Suwałkach oraz mogą być pozyskiwane i weryfikowane za pośrednictwem dostępnych Systemów Informatycznych. Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
5. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:
 - a) instytucje świadczące usługi pocztowe
 - b) inne organy administracji publicznej, w ramach realizacji swoich zadań, które zwrócą się do nas o przekazanie Pani/Pana danych osobowych, w oparciu o obowiązujące przepisy prawa
 - c) organy publiczne, które mogą otrzymywać Pani/Pana dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, nie są uznawane za odbiorców
6. Podstawą do przetwarzania danych osobowych jest:
 - a) art. 6 ust.1 lit.c RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z realizacją świadczeń;
 - b) art. 9 ust. 2 lit. b RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, o ile jest to dozwolone prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, lub porozumieniem zbiorowym na mocy prawa państwa członkowskiego przewidującymi odpowiednie zabezpieczenia praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą;
 - c) art. 35a ust.1 pkt 7 lit. c ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji celów oraz w formie archiwalnej
 - a) akta osób korzystających z zadania przez okres 5 lat po realizacji zadania.
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia po okresie archiwizacji, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
10. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do 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 i warunkuje uzyskanie świadczeń zgodnie ze złożonym wnioskiem. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją nie podania danych osobowych będzie odmowa przyznania świadczeń.

.....
data

.....
podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy