

Nr sprawy .....

Wniosek kompletny przyjęto w PCPR w Opolu  
Lubelskim z siedzibą w Poniatowej  
w dniu ..... nr .....

(pieczęć Wnioskodawcy)

## WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

### Część: A: Dane i informacje o Wnioskodawcy

#### Nazwa i adres Wnioskodawcy:

Pełna nazwa: .....					
.....					
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr	Powiat	województwo
Nr tel. Kierunkowy: .....tel.: .....			Nr fax: .....		

#### Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy:

(pieczęćka imienna)	(pieczęćka imienna)
podpis: .....	podpis: .....

#### Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	<b>tak:</b> .....	<b>nie:</b> .....
Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON	.....	
Czy wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	<b>tak:</b> .....	<b>nie:</b> .....
Kwota zaległości:	..... zł	

#### Informacje o zatrudnianiu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych:

Wnioskodawca zatrudniania ogółem osób (w przeliczeniu na etaty)	.....etatów		
Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne (w przeliczeniu na etaty)	.....etatów		
Wskaźnik zatrudniania osób niepełnosprawnych	.....%		
Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:			
.....zawodowej	.....lecniczej	.....społecznej	
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)			
w tym:	do lat 18: .....	powyżej lat 18: .....	razem: .....

### Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy	..... ..... .....	
Status prawny	REGON	
Nr rejestru sądowego	Data wpisu do rejestru sądowego	
Organ założycielski	Nr identyfikacji podatkowej NIP	
Nazwa banku	Nr konta bankowego	
Czy wnioskodawca jest płatnikiem VAT	Tak: .....	Nie: .....
Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?	Tak: .....	Nie: .....
Czy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej	Tak: .....	Nie: .....
Zróżła finansowania działalności Wnioskodawcy:		
Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy: Cel działania, teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, liczba zatrudnionych kadry specjalistycznej i kwalifikacje rehabilitantów i techników, znacznie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje		

### Informacje o korzystaniu ze środków PFRON w ciągu ostatnich trzech lat

Czy wnioskodawca korzystał z środków PFRON		Tak: .....	Nie: .....
Nr i data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania według umowy	Cel	Kwota dofinansowania wykorzystana

## Część B: Informacje o przedmiocie wniosku

### 1. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania /nazwa sprzętu rehabilitacyjnego/

.....		
.....		
.....		
Przewidywany koszt realizacji zadania: ..... zł		
słownie: .....		
1. Deklarowane środki własne: ..... zł.		
2. Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje)		
a)		
b)		
c)		
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		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
3. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu: ..... zł		
słownie: .....		
% przewidywanego kosztu		
.....		
<b>Miejsce realizacji zadania:</b>		
.....		
.....		
<b>Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:</b>		
.....		
.....		
Liczba uczestników do którym ma służyć sprzęt rehabilitacyjny:		
w tym osób niepełnosprawnych:	do lat 18:	powyżej lat 18
<b>Razem osób niepełnosprawnych:</b>		



## Załączniki wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono	Data uzupełnienia
		tak/nie (wypełnia pracownik PCPR)	
Aktualny wypis z rejestru sądowego (z okresu do 3 miesięcy przed złożeniem wniosku)			
Statut			
Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)			
Udokumentowanie zapewnienia odpowiednich dla potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania (opis pomieszczeń, środków transportu)			
Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania			
Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON			
Udokumentowanie działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych prowadzoną przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku			
Inne dokumenty:			

### OŚWIADCZENIE

1. Wnioskodawca oświadcza, iż został poinformowany, że dofinansowanie kosztów realizacji zadania z zakresu dofinansowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych ze środków PFRON nie może obejmować kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych PFRON i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu,
2. Wnioskodawca nie ma zaległości wobec Funduszu i w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie był stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
3. Składane przez Wnioskodawcę oświadczenia i dane są zgodne z prawdą
4. Osoby reprezentujące Wnioskodawcę podpisując niniejszy wniosek oświadczają, że zapoznali się z informacją zamieszczoną poniżej:

### KLAUZULA INFORMACYJNA W ZAKRESIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych; zwane dalej: „RODO”), informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Opolu Lubelskim z siedzibą w Poniatowej ul. 11 Listopada 5, 24-320 Poniatowa.
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl).
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze, w szczególności wynikających z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 511 z późn. zm.] oraz 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 [t. j. Dz. U. z 2015 r., poz. 926].

4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art.6 ust. 1 lit. c) ww. Rozporządzenia.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.
7. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
  - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawienia, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także – w przypadku przewidzianych prawem – prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych,
  - wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz ich nie podanie uniemożliwi rozpoznanie i realizację wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z uwagi na brak możliwości realizacji określonych wyżej celów przetwarzania danych osobowych.
9. Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pani/Pan decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

.....  
*miejsowość, data/*

.....  
*/podpis, pieczęć imienna osób reprezentujących Wnioskodawcę/*

