**Data wpływu:** załącznik do Zarządzenia Dyrektora MOPR

z dnia 7 czerwca 2022 r. Nr /2022

**Nr sprawy:**

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

## 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:** |  |

**□ Taki sam jak adres siedziby**

### III. ADRES DO KORESPONDENCJI

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

### IV. OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Pesel:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres email:** |  |

### OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY

Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem funkcji jaką pełnią w organizacji, które zgodnie z postanowieniami statutu lub innego aktu wewnętrznego są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | 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:** |  |
| **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 |
| **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 dofinansowania | Stan rozliczenia | Kwota rozliczona |
|  |  |  |  |  |  |

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### I. PRZEDMIOT WNIOSKU

**Przedmiot wniosku:**

### II. SZCZEGÓŁOWY PRELIMINARZ 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:** |  |
| **Własne środki przeznaczone na realizację zadania:** |  |
| **Inne publiczne źródła finansowania ogółem - z 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 C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### OŚWIADCZENIE

I. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania.

II. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.

III. Działając w imieniu wnioskodawcy, oświadczam, iż zostałam poinformowana, że:  
1. Administratorem przekazanych danych osobowych jest Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku z siedzibą przy ul. Słonecznej 15D, 76-200 Słupsk.  
2. Inspektorem Ochrony Danych jest Edyta Zubka, z którą można kontaktować się e-mailowo: e.zubka@mopr.slupsk.pl  
3. Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.), w tym Programu „Aktywny Samorząd”.  
4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c) 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).  
5. Podanie danych w momencie złożenia wniosku jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie odmową rozpatrzenia sprawy.  
6. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania.  
7. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.  
8. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.  
9. Dane osobowe, które są przetwarzane w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Słupsku nie będą podlegać  
zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |

### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sadowego albo z ewidencji działalności gospodarczej a w przypadku gdy wnioskodawcą jest jednostka samorządu terytorialnego – uchwała o utworzeniu (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli przez osoby upoważnione)  2. statut lub inny dokument będący podstawą działalności ( kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli przez osoby upoważnione)  3. pełnomocnictwo – gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania wnioskodawcy  4. dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku  5. udokumentowanie posiadania konta bankowego  6. dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON ( np wyciąg z rachunku bankowego)  7. ofertę cenową lub fakturę pro forma sprzętu rehabilitacyjnego  w przypadku przedsiębiorców i zakładów pracy chronionej:  8. informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku.  9. zaświadczenia 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,  10. informację o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą na dany projekt inwestycyjny z którym jest związana pomoc de minimis,  11. decyzja w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej - oryginał lub poświadczona za zgodność kserokopia przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy, |