

24. Informacja o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych:

- a) liczba zatrudnionych osób ogółem:..... etatów
- b) liczba zatrudnionych osób niepełnosprawnych..... etatów
- c) wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych.....%

25. Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:

- zawodowej leczniczej społecznej

26. Informacje o wcześniejszym korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie ze środków PFRON				Tak	Nie
Cel /nazwa zadania ustawowego lub nazwa programu	Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Kwota przyznana	Stan rozliczenia*	

* rozwiązanie umowy z przyczyn leżących po stronie podmiotu / w trakcie rozliczania / rozliczona / nie rozliczona

Część B: Informacja o przedmiocie dofinansowania:

1. Przedmiot dofinansowania:

.....
.....
.....
.....

2. Przewidywany koszt realizacji zadania:

Lp.	Szczegółowy wykaz wnioskowanego sprzętu	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem
Koszt realizacji zadania ogółem:				

3. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:

cyframi:.....słownie:.....zł

co stanowi% ceny brutto. (maksymalne dofinansowanie ze środków PFRON wynosi 80% wartości wnioskowanego sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia).

Uwaga: Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

4. Deklarowane środki własne:

cyframi:..... słownie:.....zł

5. Inne źródła finansowania zadania ogółem:

cyframi:..... słownie:.....zł

w tym:

a)

b)

6. Miejsce realizacji zadania:

.....
.....

7. Cel dofinansowania:

.....
.....
.....
.....

8. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....

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:

.....
.....
.....
.....
.....

10. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

9. Załączniki wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak / nie	Uzupełniono tak / nie	Data uzupełnienia
		<i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>	
1. Aktualny wypis z rejestry sądowego (ważny 3 miesiące)			
2. Statut			
3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)			
4. Udokumentowanie posiadania konta 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. Udokumentowana informacja o środkach własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON			
7. Minimum trzy oferty cenowe (zakup sprzętu powinien uwzględniać zasady określone w przepisach o zamówieniach publicznych)			
8. Inne dokumenty:			

W przypadku podmiotów prowadzących działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2013 r. poz. 672 z późn. zm):

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		<i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>	
1. zaświadczenia o pomocy <i>de minimis</i> otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzającego 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 otrzymano 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>			

W przypadku pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		<i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>	
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 trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku			
3. zaświadczenia o pomocy <i>de minimis</i> otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzającego lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy <i>de minimis</i> w tym okresie			
4. informacje o każdej pomocy innej niż <i>de minimis</i> , jaką otrzymano 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>			

Warunkiem ubiegania się o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny jest:

- prowadzenie działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku,
- udokumentowanie posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nie objętej dofinansowaniem ze środków PFRON

OŚWIADCZENIA:

- I. Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot ma / nie ma zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- II. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot był / nie był stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po jego stronie.
- III. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

IV. KLAUZULA INFORMACYJNA OBOWIĄZUJĄCA W POWIATOWYM CENTRUM POMOCY RODZINIE W STRYŻÓWIE

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016r.), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie, mające swoją siedzibę przy ul. Parkowa 7, 38-100 Strzyżów (nr telefonu kontaktowego: (17) 22-11-440, fax. (17) 27-61-040, adres poczty elektronicznej email: pcpr@strzyzow.un.pl, Inspektor Ochrony Danych - iod@pcprstrzyzow.pl);
2. Pozyskane dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów prawa wynikającego z art. 6 ust.1 lit c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO – (tj. rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny - na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz przepisów wykonawczych do ww. ustawy);
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (tj. realizacji zadań wynikających z zakresu działalności instytucji);
4. Podanie danych osobowych do spełnienia w/w celu jest wymagane, ponieważ wynika z przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wszczęcia postępowania administracyjnego i realizacji ustawowych zadań ciążących na administratorze;
5. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, wynikające z przepisów prawa zawartych w Jednolitym Rzecзовym Wykazie Akt obowiązującym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie, przez okres wymagany w związku z kategorią archiwalną. Ponadto okres przechowywania może się wydłużyć np. z uwagi na sytuację dochodzenia roszczeń;
6. Administrator może przekazać Pani/Pana dane innym odbiorcom. Odbiorcą danych mogą być podmioty uzyskujące dostęp do Pani/Pana danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
7. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych w rozumieniu RODO;
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne;
9. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. *Prezes 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.;

10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże w przypadku nie udzielenia zgody na ich przetwarzanie nie będzie mogła/mógł Pani/Pan realizować swoich praw wynikających z trybu postępowania przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

Oświadczam, że zrozumiałem wszystkie informacje wyżej podane i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w treści niniejszego wniosku oraz w zakresie niezbędnych potrzeb wynikających z trybu postępowania przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

Miejscowość..... data.....

.....

*(podpisy osób uprawnionych do reprezentacji
wnioskodawcy)*