Data wpływu wniosku

MOPS.DRS.4422.RSI …………………

Pieczęć podmiotu

……………………

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKRESIE**

**ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY DLA OSÓB FIZYCZNYCH PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ, OSÓB PRAWNYCH I JEDNOSTEK ORGANIZACYJNYCH
NIE POSIADAJĄCYCH OSOBOWOŚCI PRAWNEJ**

i. Dane na temat podmiotu ubiegającego się o dofinansowanie:

1. pełna nazwa podmiotu

………………………………………………………………………………………………………………..…

-osoba prawna…………………………………………………………………………………………….…….

-jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej………………………………………………..

-osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą ………………………………………………………...

1. status prawny i podstawa działalności (nr wpisu do KRS/CEIDG)

……………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. data powstania……………………………………………………………………………………………...
2. cele statutowe, okres działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, opis działalności

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. dokładny adres (siedziby)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. telefon, fax, http://, e-mail:

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

1. NIP ............................................................... REGON ……………………………………………..

8) Nazwiska, imiona, funkcje osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu i posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

9) Osoba upoważniona do składania wyjaśnień i uzupełnień (podać imię, nazwisko i telefon kontaktowy)

 …………………………………………………………………………..…………………………….............

 ………………………………………………………………………………………………………………...

 ..……………………………………………………………………………………………………………….

 10) Nazwa banku i numer rachunku bankowego

 …………………………………………………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………………………………………...

 11) Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu, z określeniem numeru zawartej

 umowy, celu, daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia.

 ………………………………………………………………………………………………………………….

 ………………………………………………………………………………………………………………….

 …………………………………………………………………………………………………………………

1. Opis zadania:
	1. Rodzaj sprzętu

……………………………………………………………………………………………………

* 1. Doświadczenia w realizowaniu zadań związanych z rehabilitacją osób niepełnosprawnych

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. Miejsce realizacji zadania, termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. Sposób zapewnienia zaplecza realizowanemu zadaniu (w szczególności dotyczy wykwalifikowanej kadry i obsługi )

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. Opis sprzętu stanowiącego przedmiot wniosku:

 - typ, rodzaj, marka i certyfikaty ( jeśli są )

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 - cena rynkowa, wartość ustalona przez rzeczoznawcę

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 - przeznaczenie sprzętu i dotykowe informacje

 ………………………………………………………………….......................................................

 ………………………………………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………………………………

* 1. Zakładane rezultaty realizacji zadania, liczba osób niepełnosprawnych korzystających z efektu zadania ( podać rodzaj niepełnosprawności )

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

* 1. Uszczegółowione efekty rehabilitacji, sposób jej prowadzenia

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Kosztorys
	1. Kalkulacja przewidywanych kosztów zadania

Całkowity koszt (w zł ) …………………………………………

 W tym wnioskowana kwota z PFRON …………………………………

 W tym wielkość środków własnych ………………………………………..

* 1. Kosztorys ze względu na źródło kalkulacji

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj kosztów i sposóbkalkulacji | Koszt (w zł) | W tym wnioskowanej dotacji (w zł) | W tym środki własne (w zł) |
|  |  |  |  |  |
|  | Ogółem: |  |  |  |

* 1. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez podmiot na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek, wraz z podaniem źródeł finansowania

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

* 1. Kosztorys ze względu na źródło finansowania

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Źródło |  zł |  % |
| Finanse własne |  |  |
| Ewentualne wpłaty i opłaty uczestników (z jakiego tytułu ) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Inni sponsorzy publiczni – jacy? |  |  |
| Inni sponsorzy prywatni – jacy? |  |  |
| Ogółem |  |  |

* 1. Ewentualne uwagi znaczące dla oceny kosztorysu

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. Wkład pozafinansowy (jeśli jest ) np. praca wolontariuszy

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. Dodatkowe uwagi

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

( pieczęć podmiotu ) ( podpis osoby upoważnionej )

**Załączniki:**

**I. Część ogólna:**

* 1. Kopia dokumentu potwierdzającego formę prawną podmiotu:

 - wypis z rejestru sądowego ( wyciąg ważny do 3 miesięcy od chwili uzyskania)

 - wypis z rejestru działalności gospodarczej ( jednostki org. nie będące osobami prawnymi )

* 1. Kopia dokumentu potwierdzającego status prawny podmiotu: (Statut lub umowa spółki, regulamin itp. )
	2. Kopia dokumentu określającego tytuł prawny lokalu,
	3. Pełnomocnictwo ( sposób reprezentacji )
	4. Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz niepełnosprawnych przez okres dłuższy niż 2 lata,
	5. Oświadczenie o braku wymaganych zobowiązań wobec PFRON,
	6. Udokumentowanie środków na realizację zadania ( w wysokości nieobjętej dofinansowaniem PFRON ),
	7. • Dotyczy przedsiębiorców: informacje o pomocy publicznej udzielonej w okresie 3 ostatnich poprzedzających dzień złożenia wniosku zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców.
	8. • Dotyczy Zakładów Pracy Chronionej::

 ـ potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statutu ZPCh,

 ـ Info. na temat wysokości i sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu

 rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres 3 miesięcy przed datą złożenia wniosku,

 - informacja pomocy publicznej udzielonej w okresie 3 ostatnich lat poprzedzających

 dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i

 nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

* 1. • ( dotyczy Zakładów zobowiązanych do wpłat na PFRON ) kopia deklaracji wpłat na PFRON z ostatniego miesiąca obowiązku wpłaty
	2. Dodatkowo, w przypadku, gdy Wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą
	w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. 2021 poz. 162 ) a) 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; b) 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.

**II. Cześć szczegółowa:**

11) Udokumentowanie posiadania odpowiednich warunków lokalowych i technicznych dla realizacji zadania

12) Informacja o tytule prawnym do sprzętu ( posiadanie, użytkowanie itp. )

 13) Informacje o roku produkcji sprzętu, certyfikatach ( jeśli są ), przeglądach, cenie, wycena biegłego rzeczoznawca

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Posiadane zasoby kadrowe (kwalifikacje ), finansowe, lokalowe i inne, ważne dla zadania

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego typu, inne informacje

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**INFORMACJA**

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych
(t.j. Dz.U. z 2016r., poz. 922 ) informujemy, że:

♦Pana/i/ dane osobowe są przetwarzane przez administratora danych: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Bielsku-Białej przy ul. K. Miarki 11

♦Pana/i/ dane osobowe są przetwarzane dla celów związanych z rozpatrzeniem i realizacją wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zadania: w zakresie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

♦ Podanie danych osobowych jest obowiązkowe i wynika z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r.
o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
(tj. Dz.U. z 2016r.,poz. 2046) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25.06.2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. z 2015r., poz. 926 ).

 Dane osobowe będą również przetwarzane dla celów archiwalnych, zgodnie z ustawa z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2016r., poz. 1506),

♦ Nie przewiduje się udostępnienia danych odbiorcom danych w rozumieniu art. 7 pkt 6 ustawy
o ochronie danych osobowych\*,

♦ Ma Pana/i/ prawo do wglądu do treści swoich danych oraz prawo do ich poprawiania.
Z uprawnienia tego może Pan/i/ skorzystać w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej przy
pl. Opatrzności Bożej 18 (Dział Rehabilitacji Społecznej) w Bielsku-Białej albo drogą pocztową.

\* Zgodnie z art. 7 pkt 6 ustawy o ochronie danych osobowych przez „odbiorcę danych” rozumie się każdego, komu udostępnia się dane osobowe, z wyłączeniem: a)  osoby, której dane dotyczą; b)  osoby upoważnionej do przetwarzania danych; c)  przedstawiciela, o którym mowa w art. 31a (ustanowionego w Rzeczypospolitej Polskiej przez administratora danych w przypadku przetwarzania danych osobowych przez podmioty mające siedzibę albo miejsce zamieszkania
w państwie trzecim); d)  podmiotu, o którym mowa w art. 31 (tj. z którym zawarto umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych); e) organów państwowych lub organów samorządu terytorialnego, którym dane są udostępniane
w związku z prowadzonym postępowaniem.

**Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości w/w informacje i rozumiem ich treść.**

……………………………. ….. ……..……………..…………..…………

 (podpis osoby udzielającej informacji) (data i podpis osoby przyjmującej do wiadomości informację)

Dodatkowo, w przypadku, gdy Wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015 poz. 584,699 i 875) a) 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; b) 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.