

Zarządzenie nr 12/2021
Dyrektora Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie w Wołominie
z dnia 09.11.2021 r.

w sprawie zmiany Zarządzenia nr 33/2020 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 16.11.2020 r. w sprawie określenia Zasad postępowania przy przyznawaniu dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz wzorów wniosków i formularzy związanych z realizacją zadań z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych, zmienionego Zarządzeniem nr 46/2020 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 31 grudnia 2020 r.

Na podstawie § 9 ust. 1 pkt 12 Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, wprowadzonego Uchwałą Nr VI-252/2019 Zarządu Powiatu Wołomińskiego z dnia 2 października 2019 oraz wprowadzonych zmian do regulaminu Uchwałą Nr VI-241/2020 Zarządu Powiatu Wołomińskiego z dnia 6 sierpnia 2020 r. oraz Uchwałą nr VI-173/2021 Zarządu Powiatu Wołomińskiego z dnia 23 czerwca 2021 r. w związku z art. 35a ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 573, z późn. zm.) oraz na podstawie 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, z późn. zm.) zarządzam, co następuje:

§ 1

1. Zmienia się Załącznik nr 3 do Zarządzenia nr 33/2020 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 16.11.2020 r. w ten sposób, że:

1). W rozdziale I pt. „Informacje ogólne” po zdaniu „Ilekcroć w niniejszych zasadach jest mowa o: [...]” dodaje się punkty 12-14 o następującej treści:

„12. SOW - System Obsługi Wsparcia. Jest to nowoczesna platforma, za pomocą której Osoby Niepełnosprawne i jednostki działające na ich rzecz mogą elektronicznie składać wnioski o wsparcie finansowane przez PFRON, dystrybuowane przez jednostki samorządu terytorialnego. Platforma jest dostępna pod adresem: <https://sow.pfron.org.pl>;



13. ePUAP - Elektroniczna Platforma Usług Administracji Publicznej, za pomocą której obywatele mogą załatwiać sprawy urzędowe za pośrednictwem Internetu;

14. Profil zaufany – bezpłatna metoda potwierdzania tożsamości osoby fizycznej w elektronicznych systemach administracji publicznej."

2) W rozdziale III punkt 1 otrzymuje następujące brzmienie:

„1. Wniosek o udzielenie dofinansowania organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki ostemplowany pieczętą wnioskodawcy oraz pieczętami imiennymi osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w zakresie praw i obowiązków majątkowych wnioskodawcy należy składać w siedzibie Centrum na właściwych drukach wraz z kompletem wymaganych załączników lub od dnia 10.11.2021 r również za pośrednictwem Platformy SOW. Pełne korzystanie z Systemu wymaga posiadania narzędzia autoryzacji – uwierzytelnienia przez Profil zaufany na platformie ePUAP lub przy pomocy kwalifikowalnego podpisu elektronicznego. Wzór wniosku na dofinansowanie organizacji do sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych stanowi Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 12/2021 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 09.11.2021 r.”.

2. Wzór wniosku o dofinansowanie organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki, o którym mowa w § 2 ust 4 Zarządzenia nr 33/2020 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 16.11.2020 r., otrzymuje brzmienie określone w **Załączniku nr 1** do niniejszego zarządzenia.

§ 2

1. Zmienia się Załącznik nr 5 do Zarządzenia nr 33/2020 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 16.11.2020 r. w ten sposób, że:

1). W rozdziale I pt. „Informacje ogólne” po zdaniu „Ilekcrc w niniejszych zasadach jest mowa o: [...]” dodaje się punkty 9-11 o następującej treści:

„9. SOW - System Obsługi Wsparcia. Jest to nowoczesna platforma, za pomocą której Osoby Niepełnosprawne i jednostki działające na ich rzecz mogą elektronicznie składać wnioski o wsparcie finansowane przez PFRON, dystrybuowane przez jednostki samorządu terytorialnego. Platforma jest dostępna pod adresem: <https://sow.pfron.org.pl>;

10. ePUAP - Elektroniczna Platforma Usług Administracji Publicznej, za pomocą której obywatele mogą załatwiać sprawy urzędowe za pośrednictwem Internetu;

11. Profil zaufany – bezpłatna metoda potwierdzania tożsamości osoby fizycznej w elektronicznych systemach administracji publicznej."

2) W rozdziale III ustęp 1 otrzymuje następujące brzmienie:

„1. Wniosek o udzielenie dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny należy składać w siedzibie Centrum na właściwych wnioskach wraz z kompletem wymaganych załączników. W przypadku podmiotów, o których mowa w części II ust. 6, od dnia 10.11.2021 r. istnieje możliwość złożenia wniosku za pośrednictwem Platformy SOW <https://sow.pfron.org.pl/>. Korzystanie z Systemu wymaga posiadania narzędzia autoryzacji – uwierzytelnienia przez profil zaufany na platformie ePUAP lub przy pomocy kwalifikowalnego podpisu elektronicznego.

a) Wniosek o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny stanowi Załącznik nr 6 do Zarządzenia nr 33/2020 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 16.11.2020 r.

b) Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej stanowi Załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 12/2021 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 09.11.2021 r.”.

2. Wzór wniosku o dofinansowanie w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej, o którym mowa w § 2 ust. 7 Zarządzenia nr 33/2020 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 16.11.2020 r., otrzymuje brzmienie określone w **Załączniku nr 2** do niniejszego zarządzenia.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Radca Prawny
Juliana Kapalska

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Agata Żędzian Andrzejczyk

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Wołominie
Maciej Burakowski

Data wpływu:

Nr wniosku:

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji
i turystyki

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Wartość
Pełna nazwa Wnioskodawcy:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Strona internetowa:	
ADRES SIEDZIBY:	
Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Poczta:	
Kod pocztowy:	

Taki sam jak adres siedziby

ADRES KORESPONDENCYJNY	
Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Poczta:	
Kod pocztowy:	

OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK	
Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Nazwisko:	
Pesel:	
Nr telefonu:	
Poczta:	

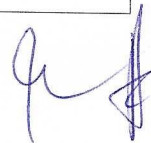
OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY	
Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem funkcji jakie pełni w organizacji, które zgodnie z postanowieniami statutu lub innego aktu wewnętrznego są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy	
Imię i nazwisko	Funkcja

III. INFORMACJE DODATKOWE

Nazwa pola	Wartość
Status prawny:	
Nr rejestru sądowego:	
Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	
REGON:	
NIP:	
Podstawa działania:	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Czy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatki VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżania kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna:	
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 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) ?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak



Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą? Nie Tak

INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Wartość
Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:	
Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje:	
Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:	

III. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?

- Nie
 Tak

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Stan dofinansowania	Kwota rozliczona

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa zadania:

Nazwa pola	Wartość
Cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:	
Liczba uczestników:	
W tym liczba opiekunów:	
Liczba osób niepełnosprawnych:	
Do lat 18:	
Powyżej 18 lat:	
Liczba mieszkańców wsi:	

PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

Nazwa pola	Wartość
Planowane miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji zadania:	
Termin zakończenia:	

INFORMACJE DODATKOWE

Zakładane rezultaty zadania (należy opisać zyskają osoby w wyniku realizacji zadania, w jakim stopniu realizacja zadania zmieni ich sytuację) oraz jak rezultaty te będą badane.

Nazwa pola	Wartość
Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:	

II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA

Nazwa pola	Wartość
Przewidywany koszt realizacji zadania:	
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
Własne środki przeznaczone na realizację zadania:	

Inne źródła finansowania ogółem

Z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON

Nazwa pola	Wartość
Publiczne:	
Niepubliczne:	

Harmonogram**III. Kosztorys rzeczowo-finansowy obejmujący rodzaje kosztów związanych z realizacją przedsięwzięcia**

Lp.	Zakres rzeczowy wg rodzajów kosztów	Zakres finansowy		
		Całkowita wartość rodzajów kosztów	Pozostałe źródła finansowania (w tym udział własny)	Kwota dofinansowania ze środków PFRON
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
Razem:				
Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:				

Data i pieczęć wnioskodawcy



KLAUZULA INFORMACYJNA
dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

W celu realizacji obowiązku wynikającego z 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 (zwane dalej RODO) prosimy o zapoznanie się z poniższymi informacjami

Administrator danych osobowych

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, ul. Legionów 78,05-200 Wołomin zwany dalej Administratorem.

Inspektor Ochrony Danych

Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, należy skontaktować się poprzez adres email: sekretariat@pcprwolomin.pl, pisemnie na adres siedziby Administratora Danych Osobowych.

Cele i podstawa prawna przetwarzania danych

Przetwarzanie Pana/i danych osobowych odbywa się

- a) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. a tj. udzielonej przez Pana/i zgody na udział w postępowaniu w sprawie ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- b) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. c - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa tj.:
 - Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 lutego 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2020 poz. 426)
 - Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 czerwca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U z 2015 poz. 926)

Odbiorcy danych osobowych

Pani/a dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

- a) Właściwym organom, sądom oraz instytucjom państwowym i samorządowym lub innym instytucjom wykonującym powierzone zadania publiczne, jeżeli obowiązek ujawnienia/przekazania danych wynika z obowiązujących przepisów prawa lub jest to niezbędne celem dochodzenia praw lub roszczeń Administratora Danych Osobowych

Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG):

Administrator Danych Osobowych nie przekazuje Pana/Pani danych do państw trzecich tj. poza terytorium EOG (obejmujący Unie Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami prawa lub do czasu odwołania zgody.

Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Panu/i prawo żądania od Administratora danych osobowych dostępu do swoich danych osobowych, prawo do sprostowania (poprawienia), usunięcia danych jednakże z ograniczeniem tego prawa w myśl art. 17 RODO, ograniczenia przetwarzania danych (wstrzymania operacji na danych lub nieusuwania danych w zależności od złożonego wniosku), prawo do przenoszenia danych osobowych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania państwa danych na potrzeby marketingu bezpośredniego. W celu skorzystania z powyższych praw, należy skontaktować się poprzez kanały komunikacji wskazane w pkt. Administrator danych osobowych

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Może Pan/i również wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku niezgodnego z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych.

Zgoda

W przypadku, gdy wykorzystywane przez nas Państwa dane nie są konieczne do realizacji obowiązku prawnego lub nie stanowi Naszego prawnie uzasadnionego interesu przysługuje Panu/i prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, w zakresie w jakim Pana/i dane osobowe są przetwarzane na podstawie udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych. Wycofanie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.

Czy podanie danych jest obowiązkowe?

Przetwarzanie pozyskanych od Pana/i danych opiera się na zasadzie dobrowolności, jednakże odmowa podania danych uniemożliwi Panu/i dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pana/i dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że otrzymałem/am Klauzulę informacyjną od Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i zapoznałem/am się z jej treścią.

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczętka imienna i podpis Wnioskodawcy)



OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

W związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przedsięwzięć z zakresu sportu kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych zaplanowanych na rok..... przez:

.....
nazwa podmiotu

świadomi odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych ze stanem faktycznym (art. 233 § 1 kodeksu karnego) oświadczamy, że:

.....
nazwa podmiotu

1. Nie posiada zaległości wobec Funduszu.
2. Nie działa w celu osiągnięcia zysku (stosownie do zapisu art.106 ust.2 pkt1 lit d ustawy o finansach publicznych z dnia 30 czerwca 2005 r. (t. j. Dz.U. z 2019 r. poz. 896, z późn. zm.).
3. Korzystał*/nie korzystał* ze środków finansowych Funduszu w ciągu ostatnich 3 lat i wywiązał się*/nie wywiązał się* z umów na wykonanie zadania.
4. Nie jest/jest wykluczony* z prawa otrzymania dotacji ze środków publicznych zgodnie z art. 145 ust.6 w związku z art. 190 ustawy o finansach publicznych
5. Kadra obsługująca zadanie posiada stosowne uprawnienia i kwalifikacje do jego realizacji.
6. Posiada odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
7. Prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed złożeniem wniosku.
8. Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Miejscowość: data:.....

--	--

pieczętka imienna i podpis Wnioskodawcy

pieczętka imienna i podpis Wnioskodawcy

/podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/

* niepotrzebne skreślić



.....
pieczęć Wnioskodawcy

data.....

ZAKRES MERYTORYCZNY ZADANIA

.....
rodzaj zadania

.....
termin realizacji zadania

Harmonogram działań planowanych przy realizacji zadania

L.p.	Planowany zakres realizacji zadania
pieczęćka imienna i podpis Wnioskodawcy	pieczęćka imienna i podpis Wnioskodawcy

/podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/



.....
pieczęć Wnioskodawcy

data.....

Szczegółowy preliminarz wydatków według Wnioskodawcy

(proszę szczegółowo przedstawić elementy składowe zadania wraz z kwotami, np.:
umowa-zlecenie – przewidywany zakres prac i liczba godzin oraz proponowane wynagrodzenie, wyżywienie
– stawka dzienna x ilość osób x ilość dni,
zakwaterowanie – stawka za 1 nocleg x ilość osób x ilość nocy,
zakup środków materiałowych – jakich? I do czego będą wykorzystane, itd.)

pieczęćka imienna i podpis Wnioskodawcy	pieczęćka imienna i podpis Wnioskodawcy
---	---

/podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/



WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW - SPORTU, KULTURY, REKREACJA I TURYSTYKA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Lp.	Nazwa załącznika	Załączniki złożone w dniu przyjęcia wniosku TAK*/NIE*	Data uzupełnienia
1	Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego /ważny 3 miesiące/		
2	Statut		
3	Udokumentowane posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł (na sfinansowanie części nie objętej dofinansowaniem PFRON, do każdego zadania)		
4	Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach		
5	Rekomendacje		
6	Lista uczestników wraz z potwierdzonymi za zgodność z oryginałem kopiami orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkałych na terenie powiatu wołomińskiego		
7	Sposób reprezentacji /pełnomocnictwo/		
8	Załącznik nr 1 – Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych oraz oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych uczestników zadania.		
9	Załącznik nr 2 – Oświadczenia wnioskodawcy		
10	Załącznik nr 3 - Zakres merytoryczny zadania		
11	Załącznik nr 4 – Szczegółowy preliminarz wydatków związanych z realizacją zadania		
W przypadku gdy wnioskodawca jest przedsiębiorcą:			
12	Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku		
W przypadku gdy wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:			
13	Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku		
14	Potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej		
15	Informację o sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku		

pieczętka imienna pracownika PCPR przyjmującego wnioski

**Skala punktowa rozpatrywania wniosków
o dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych**

		Liczba punktów	Przyznane punkty
Wniosek składany jest na dany cel			
1.	po raz pierwszy	8	
2.	po raz drugi i kolejny i nie otrzymywał dofinansowania	8	
3.	po raz drugi i kolejny i otrzymywał dofinansowanie	0	
Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych			
1.	nie korzystał	8	
2.	korzystał ze środków Funduszu na inne zadania, niż będące przedmiotem wniosku	4	
3.	korzystał na to samo zadanie	0	
Efekty realizacji zadania (sport, kultura, rekreacja, turystyka)			
1.	Cele zadania umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobom niepełnosprawnym wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem	zdecydowanie tak 2	
		umiarkowanie 1	
2.	Cele zadania są dobrane i uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności	zdecydowanie tak 2	
		umiarkowanie 1	
Załączniki wymagane do wniosku (sport, kultura, rekreacja, turystyka)			
1.	Wniosek zawiera wszystkie załączniki w dniu złożenia wniosku	1	
LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW			

Ocena wniosku o dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych:

Data weryfikacji formalnej wniosku:	/ 20..... r.
Weryfikacja formalna wniosku:	<input type="checkbox"/> pozytywna	<input type="checkbox"/> negatywna
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia:	<input type="checkbox"/> - tak	<input type="checkbox"/> - nie
Uzupełniono w dniu/ 20..... r.		

pieczęć imienna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

Data, podpis

WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
Decyzja o przyznaniu dofinansowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych:

OCENA FORMALNA I MERYTORYCZNA WNIOSKU

	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Decyzja o przyznaniu dofinansowania
..... Piecątka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny formalnej i merytorycznej wniosku	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> Piecątka imienna, data, podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.
data

.....
podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania (dotyczy wniosków, których realizacja wymaga podpisania umowy)

pieczętki imienne pracowników PCPR przygotowujących umowę

data, podpis:

pieczętka imienna Dyrektora PCPR

data, podpis:

.....
Pieczęć Wnioskodawcy

.....
Miejscowość i data

SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI ZADANIA Z ZAKRESU SPORTU, KULTURY, REKREACJI I TURYSTYKI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

.....
nazwa zadania

realizowanego w okresie od:..... do:.....

określonego w umowie nr:, zawartej w dniu:

między Starostą Wołomińskim, dysponentem środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

a.....

.....
nazwa podmiotu

SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE

Lp.	Zadanie	Charakterystyka realizacji zadania
1.	Stopień realizacji zaplanowanych działań i celów <i>(w jakim stopniu planowane cele zostały zrealizowane)</i>	
2.	Opis realizowanych zadań <i>(zgodnie z planowanymi działaniami określonymi w umowie)</i>	



3.	Informacje o uczestnikach (liczba i charakterystyka uczestników)	
4.	Rezultaty zadania	

<p style="text-align: center;">pieczęćka imienna i podpis</p>	<p style="text-align: center;">pieczęćka imienna i podpis</p>
---	---

/podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/



.....
Pieczęć Wnioskodawcy

.....
Miejscowość i data

SPRAWOZDANIE FINANSOWE

Całkowity koszt zadania w zł:.....

Wielkość środków własnych w zł:.....

Wielkość środków dofinansowania ze środków PFRON w zł:

Nr faktury	Data wystawienia	Rodzaj zadania	Kwota ogólna	Środki własne	Kwota dofinansowania ze środków PFRON [4-5]
1	2	3	4	5	6

--	--

pieczęć imienna i podpis

pieczęć imienna i podpis

/podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/

Data wpływu:
Nr sprawy:

Załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 12/2020
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Wołominie z dnia 09.11.2021 r.

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Wartość
Pełna nazwa Wnioskodawcy:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Strona internetowa:	

II. ADRES SIEDZIBY	
Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

Taki sam jak adres siedziby

III. ADRES DO KORESPONDENCJI

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

IV. OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

Nazwa pola	Wartość
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	Wartość
Status prawny:	
Nr rejestru sądowego (KRS):	
Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	
REGON:	
NIP:	
Podstawa działania:	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

II. INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Wartość
Czy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna:	

Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:

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)?:

Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:

Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:

III. INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Wartość
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	Wartość
Określenie planowanych lokalizacji, w których będzie znajdował się sprzęt będący przedmiotem wniosku:	

IV. OPIS PRZEDSIĘWZIĘCIA

Nazwa pola	Wartość
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	Wartość
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

1. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania.
2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.

Miejscowość	Data	Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	Dokument potwierdzający formę prawną wnioskodawcy
2.	Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (w tym dzieci i młodzieży) przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku (statut podmiotu lub regulamin organizacyjny),
3.	Faktura proforma na wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny,
4.	Udokumentowany sposób reprezentacji (pełnomocnictwo dla osób uprawnionych do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych),
5.	Oświadczenie o posiadaniu konta bankowego,
6.	Załączniki do wniosku opracowane przez PCPR (nr 1,2,3): <ol style="list-style-type: none"> a) Załącznik nr 1. Klauzula informacyjna, b) Załącznik nr 2. Oświadczenie wnioskodawcy o posiadaniu środków własnych, c) Załącznik nr 3. Oświadczenie o nie posiadaniu zaległości wobec PFRON

7.	<p>Ponadto</p> <p>➤ <u>podmiot prowadzący działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej do wniosku dołącza:</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. 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,2. informację 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,3. oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy. <p>➤ <u>Pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej – do wniosku dołącza:</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,2. informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku,3. informację 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,
----	--

KLAUZULA INFORMACYJNA
dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

W celu realizacji obowiązku wynikającego z 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 (zwane dalej RODO) prosimy o zapoznanie się z poniższymi informacjami

Administrator danych osobowych

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, ul. Legionów 78,05-200 Wołomin zwany dalej Administratorem.

Inspektor Ochrony Danych

Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, należy skontaktować się poprzez adres email: sekretariat@pcprwołomin.pl, pisemnie na adres siedziby Administratora Danych Osobowych.

Cele i podstawa prawna przetwarzania danych

Przetwarzanie Pana/i danych osobowych odbywa się

- a) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. a tj. udzielonej przez Pana/i zgody na udział w postępowaniu w sprawie ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- b) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. c - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa tj.:
 - Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 lutego 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2020 poz. 426)
 - Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 czerwca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U z 2015 poz. 926)

Odbiorcy danych osobowych

Pani/a dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

- a) Właściwym organom, sądom oraz instytucjom państwowym i samorządowym lub innym instytucjom wykonującym powierzone zadania publiczne, jeżeli obowiązek ujawnienia/przekazania danych wynika z obowiązujących przepisów prawa lub jest to niezbędne celem dochodzenia praw lub roszczeń Administratora Danych Osobowych

Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG):

Administrator Danych Osobowych nie przekazuje Pana/Pani danych do państw trzecich tj. poza terytorium EOG (obejmujący Unie Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami prawa, lub do czasu odwołania zgody.

Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Panu/i prawo żądania od Administratora danych osobowych dostępu do swoich danych osobowych, prawo do sprostowania (poprawienia), usunięcia danych jednakże z ograniczeniem tego prawa w myśl art. 17 RODO, ograniczenia przetwarzania danych (wstrzymania operacji na danych lub nieusuwania danych w zależności od złożonego wniosku), prawo do przenoszenia danych osobowych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania państwa danych na potrzeby marketingu bezpośredniego. W celu skorzystania z powyższych praw, należy skontaktować się poprzez kanały komunikacji wskazane w pkt. Administrator danych osobowych

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Może Pan/i również wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku niezgodnego z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych.

Zgoda

W przypadku, gdy wykorzystywane przez nas Państwa dane nie są konieczne do realizacji obowiązku prawnego lub nie stanowi Naszego prawnie uzasadnionego interesu przysługuje Panu/i prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, w zakresie w jakim Pana/i dane osobowe są przetwarzane na podstawie udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych. Wycofanie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.

Czy podanie danych jest obowiązkowe?

Przetwarzanie pozyskanych od Pana/i danych opiera się na zasadzie dobrowolności, jednakże odmowa podania danych uniemożliwi Panu/i dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pana/i dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że otrzymałem/am Klauzulę informacyjną od Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i zapoznałem/am się z jej treścią.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć osób upoważnionych do reprezentowania wnioskodawcy)

[Handwritten signature]

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

o posiadaniu środków na wkład własny

(dotyczy wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie ze środków PFRON)

Niniejszym oświadczam, że Ja

(imię i nazwisko)

uprawniony do reprezentowania.....

(pełna nazwa podmiotu)

posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami zadania pod nazwą.....

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że maksymalna wysokość dofinansowania ze środków PFRON wynosi do 80% kosztów uznanych przez PCPR. Wkładu własnego nie będą stanowiły środki PFRON uzyskane z innych źródeł.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

(art. 233 §1. Kto, składając zeznanie mające służyć jako dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

art. 233 § 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie).

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć osób upoważnionych do reprezentowania wnioskodawcy)

Oświadczenie

Stosownie do § 9 ust. 1 rozporządzenia MPiPS z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie
określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków
PFRON (t. j. Dz. U. z 2015r. poz. 926 z późn.zm.) oświadczam, że

.....

.....

(pełna nazwa podmiotu)

nie posiada zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem
wniosku nie był stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po
stronie Wnioskodawcy.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis i pieczęć osób upoważnionych do reprezentowania wnioskodawcy)



Skala punktowa rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

		Liczba punktów	Przyznane punkty
Wniosek składany jest na dany cel			
1.	po raz pierwszy	8	
2.	po raz drugi i kolejny i nie otrzymywał dofinansowania	8	
3.	po raz drugi i kolejny i otrzymywał dofinansowanie	0	
Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych			
1.	nie korzystał	8	
2.	korzystał ze środków Funduszu na inne zadania, niż będące przedmiotem wniosku	4	
3.	korzystał na to samo zadanie	0	
Efekty realizacji zadania			
1.	Cele zadania umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobom niepełnosprawnym wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem	zdecydowanie tak 2	
		umiarkowanie 1	
2.	Cele zadania są dobrane i uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności	zdecydowanie tak 2	
		umiarkowanie 1	
Załączniki wymagane do wniosku			
1.	Wniosek zawiera wszystkie załączniki w dniu złożenia wniosku	1	
LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW			

Ocena wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON

Data weryfikacji formalnej wniosku:/ 20..... r.
Weryfikacja formalna wniosku:	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia:	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
Uzupełniono w dniu/ 20..... r.	

pieczętka imienna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

Data, podpis



WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
Decyzja o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

OCENA FORMALNA I MERYTORYCZNA WNIOSKU

	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Decyzja o przyznaniu dofinansowania
..... Piecątka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny formalnej i merytorycznej wniosku	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> Piecątka imienna, data, podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.
data

.....
podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania (dotyczy wniosków, których realizacja wymaga podpisania umowy)

*pieczętki imienne pracowników PCPR
przygotowujących umowę*

data, podpis:

pieczętka imienna Dyrektora PCPR

data, podpis:



Załącznik nr 6 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW - SPRZĘT REHABILITACYJNY

dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

(Załączniki wymagane do wniosku- wypełnia PCPR)

Nr sprawy.....

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku TAK*/NIE*	Data uzupełnienia
Dokument potwierdzający formę prawną wnioskodawcy,		
Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (w tym dzieci i młodzieży) przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku (statut podmiotu lub regulamin organizacyjny),		
Faktura proforma na wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny,		
Udokumentowany sposób reprezentacji (pełnomocnictwo dla osób uprawnionych do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych),		
Oświadczenie o posiadaniu konta bankowego,		
Załącznik nr 1. Klauzula informacyjna,		
Załącznik nr 2. Oświadczenie wnioskodawcy o posiadaniu środków własnych,		
Załącznik nr 3. Oświadczenie o nie posiadaniu zaległości wobec PFRON,		

W przypadku gdy wnioskodawca jest przedsiębiorcą:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku TAK*/NIE*	Data uzupełnienia
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,		
informację 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,		
oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy.		

W przypadku gdy wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku TAK*/NIE*	Data uzupełnienia
Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku,		
Potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej		
Informację o sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku		

pieczętka imienna pracownika PCPR przyjmującego wniosek

data, podpis:

