

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. NAZWA I ADRES WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Nazwa:	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Poczta:	
Kod pocztowy:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Nr telefonu:	
Nr faksu:	
Adres e-mail:	
Strona internetowa:	

II. OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTACJI I ZACIĄGANIA ZOBOWIĄZAŃ FINANSOWYCH 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.

Nazwa pola	Wartość
Osoba 1 – Imię i nazwisko:	
Osoba 1 – Funkcja:	
Osoba 2 – Imię i nazwisko:	
Osoba 2 – Funkcja:	

III. INFORMACJE O REALIZACJI OBOWIĄZKU WPŁAT NA RZECZ PFRON PRZEZ WNIOSKODAWCĘ

Nazwa pola	Wartość
Numer identyfikacyjny Funduszu	
Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
W przypadku zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON podać podstawę prawną:	
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku:	

IV. INFORMACJE DODATKOWE

Nazwa pola	Wartość
Status prawny:	
REGON:	
NIP:	
Organ założycielski:	
Nr rejestru sądowego:	
Data wpisu do rejestru sądowego:	

Data uzyskania statusu ZPCH:	
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

V. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?

- Nie
 Tak

VI. 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	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot wniosku:

Dofinansowanie dotyczy:

- dzieci i młodzieży niepełnosprawnej
 dorosłych osób niepełnosprawnych

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 koszt ogólny przedsięwzięcia:	
Deklarowane własne środki:	
Inne źródła finansowania ogółem:	

z tego:

Lp.	Nazwa źródła	Kwota
1)		
2)		
3)		

Nazwa pola	Wartość
Wnioskowana kwota:	
Słownie:	

Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek:

Opis poniesionych nakładów:

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.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy</i>

Klauzula informacyjna dla osoby, której dane dotyczą

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) w Oławie z siedzibą w Oławie, przy ul. Kutrowskiego 31A oraz Państwowy Fundusz Osób Niepełnosprawnych (PFRON).
2. Inspektorem ochrony danych PCPR w Oławie jest Pani Katarzyna Bala-Antczak. W razie jakichkolwiek wątpliwości związanych z przetwarzaniem dotyczących Pani/Pana danych, kontakt z Inspektorem jest możliwy pod adresem: biuro@abi-kancelaria.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia złożonego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON, na podstawie art. 6 ust 1 lit. b, c RODO z dnia 27 kwietnia 2016 r. nr 629/2016.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą pracownicy PCPR w Oławie odpowiedzialni za przydzielone zadanie, PFRON a także mogą być upoważnione podmioty na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez PCPR w Oławie w okresie wskazanym w Jednolitym Rzecowym Wykazie Akt.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
7. Jeśli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem przyznania dofinansowania. W razie niepodania danych osobowych Pani/Pana wnioski o dofinansowanie pozostanie bez rozpatrzenia.
9. Pani/Pana dane będą także przetwarzane w sposób zautomatyzowany w programie wspomagającym sprawozdawczość pn. TYLDA.

Zgodnie z art. 21 ust. 4 RODO informuję, iż przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania dotyczących Pani/Panu danych osobowych. Sprzeciw należy złożyć inspektorowi ochrony danych, którego dane kontaktowe wskazane są w pkt 2. Zgodnie z art. 21 ust. 1 RODO, składając sprzeciw, należy wskazać jego przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją.

OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ Z OBOWIĄZKIEM INFORMACYJNYM

.....
Data

.....
podpis czytelnicy