ZARZĄDZENIE Nr 1.2023
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie
z dnia ..10.STY..2023r.

w sprawie zmiany Zarządzenia nr 43.2019 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie z dnia 31.12.2019 r. w sprawie wprowadzenia zasad dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Zgodnie z § 5 ust. 1 pkt 24 Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie z dnia 15 stycznia 2020 r. z późn.zm., zarządza się co następuje:

§ 1

Wzór wniosku o dofinasowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny o którym mowa w § 1 ust. 3 pkt 1 stanowiący załącznik nr 1 do Zasad dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny otrzymuje brzmienie jak w załączniku nr 1 do niniejszego Zarządzenia

§ 2

Wzór wniosku o dofinasowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny o którym mowa w § 1 ust. 4 pkt 1 stanowiący załącznik nr 2 do Zasad dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny otrzymuje brzmienie jak w załączniku nr 2 do niniejszego Zarządzenia

§ 3

w § 1 ust. 4 pkt 4 Zasad dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny otrzymuje brzmienie:
„4. Statut (jeżeli posiada)".

§ 4

Wykonanie zarządzenia powierza się pracownikom na stanowisku ds. osób z niepełnosprawnościami odpowiedzialnym za prowadzenie spraw związanych z udzielaniem dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

§ 5

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Tarnowie
mgr Anna Górska

RADCA PRAWNY
Ewa Habel
WR-2400

Data wpływu:
Nr sprawy: PCPR-Or.6110.1. .2023

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	**Do uzupełnienia**
Wnioskodawca składa wniosek:	
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	☐ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie ☐ do rozliczenia dofinansowania ☐ do zawarcia umowy ☐ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku ☐ do złożenia wniosku ☐ inne

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	**Do uzupełnienia**
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	

PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	

Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

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

Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy

Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ 05-R – narząd ruchu ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych ☐ 06-E – epilepsja ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego ☐ 10-N – choroby neurologiczne ☐ 11-I – inne ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

☐ indywidualne ☐ wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

……..

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: ……

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Ze środków finansowych PFRON:

☐ nie korzystałem

☐ korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot	
Nazwa pola	**Do uzupełnienia**
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Miejsce realizacji:	
Cel dofinansowania:	

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 80% kosztów realizacji zadania.

PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)	
Nazwa pola	**Do uzupełnienia**
Przewidywany koszt:	
Kwota wnioskowana:	
Uzasadnienie:	

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

SYTUACJA ZAWODOWA

☐ Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą

☐ Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca

☐ Bezrobotny poszukujący pracy

☐ Rencista poszukujący pracy

☐ Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy

☐ Dzieci i młodzież do lat 18

☐ Inne / jakie? .....

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - 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.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Miejscowość	*Data*	*Podpis Wnioskodawcy*

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

1. Oświadczenia (załącznik nr 1 do wniosku),
2. kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenie o niepełnosprawności (osoby do 16. roku życia),
3. zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę z zaleceniem zakupu sprzętu rehabilitacyjnego wraz z potwierdzeniem konieczności prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu zalecanego sprzętu, (załącznik nr 2 do wniosku)
4. propozycje ceny sprzedaży sprzętu z dwóch punktów sprzedaży (dwie oferty cenowe),
5. dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów netto przez Wnioskodawcę za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (w przypadku gospodarstwa domowego prowadzonego wspólnie do wglądu należy okazać dowody potwierdzające dochód osób wchodzących w składach wspólnego gospodarstwa domowego),
6. kopia aktu urodzenia dziecka – w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby z niepełnosprawnością,
7. kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad osobą z niepełnosprawnością – w przypadku wniosku dotyczącego osoby z niepełnosprawnością reprezentowanej przez opiekuna prawnego, lub kopia pełnomocnictwa ustanowionego notarialnie – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez pełnomocnika.

OŚWIADCZENIE

I. Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Tarnowskiego ☐ tak ☐ nie
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji zadania dofinansowania sprzętu rehabilitacyjnego oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa także w dniu podpisania umowy,
4. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach sprzętu rehabilitacyjnego (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej** 20% ceny brutto),
5. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez organ Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
9. przyjmuję do wiadomości, że złożony wniosek o dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz ich podziale w drodze Uchwały przez Radę Powiatu Tarnowskiego.
10. zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kosztem całkowitym sprzętu a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.

..... *(miejscowość i data)*

..... *(czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika/ opiekuna prawnego wnioskodawcy)*

II. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1000) oraz 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, w bazie danych PCPR w Tarnowie w celu realizacji procedury dofinansowania sprzętu rehabilitacyjnego.

..... *(miejscowość i data)*

..... *(czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika/ opiekuna prawnego wnioskodawcy)*

Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Adres zamieszkania: .....

Data urodzenia: ..... nr PESEL .....

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności

.....

.....

II. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....

III. Rodzaj niepełnosprawności: /zakreślić właściwe/

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim ☐
2. dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim ☐
3. wrodzony brak lub amputacja kończyn ☐
4. inna dysfunkcja narządu ruchu ☐
5. dysfunkcja narządu wzroku ☐
6. dysfunkcja narządu słuchu ☐
7. dysfunkcja narządu mowy ☐
8. inne schorzenia (jakie?)..... ☐

IV. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny: .....

V. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu określonego w pkt IV: ☐ **tak** ☐ **nie**

VI. Potwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych do prowadzenia rehabilitacji przy użyciu sprzętu określonego w pkt IV: ☐ **tak** ☐ **nie**

.....	.....	.....
miejscowość	*data*	*pieczątka i podpis lekarza specjalisty*

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. 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:	

{KorTakiSam} 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

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**

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU	
Lp.	**Plik**

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

1. oświadczenie zał. nr 1 do wniosku,
2. dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności przez okres co najmniej 2 lat przed złożeniem wniosku,
3. aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarcze
4. Status,
5. udokumentowanie posiadania rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach,
6. udokumentowanie posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON
7. dwie oferty cenowe wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego
8. w przypadku wnioskodawcy prowadzącego działalność gospodarczą – zał. 2 do wniosku, oraz
   - zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie
   - Informacja 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.
9. w przypadku, gdy wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:

- potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
- informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku.
- Informacja 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 minimmis,

OŚWIADCZENIE

I. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1000) oraz 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, w bazie danych PCPR w Tarnowie w celu realizacji procedury dofinansowania sprzętu rehabilitacyjnego.

....

(miejscowość i data) *(czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika/ opiekuna prawnego wnioskodawcy)*

Oświadczenie o otrzymaniu/ nieotrzymaniu pomocy de minimis

.....
(imię i nazwisko / nazwa wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania/ siedziba)

W związku z art. 37 ust 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jedn.: Dz.U. z 2016 r. poz. 1808, 1948) **oświadczam**, że w okresie bieżącego roku podatkowego oraz 2 poprzednich lat podatkowych

☐ **nie otrzymałem pomoc de minimis***

☐ **otrzymałem pomocy de minimis***

w kwocie ..... zł stanowiącej równowartość ..... euro, zgodnie z poniższym zestawieniem:

Lp.	Organ udzielający pomocy	Dzień udzielenia pomocy	Nr decyzji/ zaświadczenia	Kwota pomocy	
				PLN	EURO

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

.....
(podpis osoby upoważnionej)

* **zaznaczyć właściwe**