### Załącznik nr 1 do Zaproszenia do składania wniosków uzupełniającychdla realizatorów umów w ramachmodułu II programu pn. „Centrainformacyjno-doradcze dla osóbz niepełnosprawnością”

**WNIOSEK**

**nr .**

**o powierzenie realizacji zadania uzupełniającego w ramach modułu II programu pod nazwą „Centra informacyjno-doradcze dla osób z niepełnosprawnością”**

## Dane wnioskodawcy

Pełna nazwa wnioskodawcy:

Województwo:

Powiat:

Gmina:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Al./Ulica:

Nr posesji:

Nr lokalu:

Nr telefonu:

Nr faxu:

Strona www:

Adres e-mail:

Nazwa i nr rejestru (np. KRS):

Nr identyfikacyjny NIP:

## Dane osoby upoważnionej do kontaktu w sprawie wniosku

Imię i nazwisko, funkcja:

Telefon:

e-mail:

## Deklaracja realizacji zadania uzupełniającego

1. Znane mi są założenia Programu Rady Nadzorczej Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych pn. „Centra informacyjno-doradcze dla osób z niepełnosprawnością” (CIDON) i przyjmuję je do stosowania.

**TAK/NIE (wskaż właściwe)**

1. Znane mi są założenia Programu Rady Nadzorczej Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych pn. „Wypożyczalnia technologii wspomagających dla osób z niepełnosprawnością” i przyjmuję je do stosowania.

**TAK/NIE (wskaż właściwe)**

1. Deklaruję realizację zadania uzupełniającego polegającego na zapewnieniu możliwości skorzystania przez osobę z niepełnosprawnością w Ośrodku Wsparcia i Testów z profesjonalnej usługi doradczej i instruktażu w zakresie doboru technologii wspomagającej oferowanej przez wypożyczalnię utworzoną w ramach programu pn. „Wypożyczalnia technologii wspomagających dla osób z niepełnosprawnością”.

**TAK/NIE (wskaż właściwe)**

1. Deklaruję realizację wszystkich wskaźników określonych w zaproszeniu do składania wniosków uzupełniających dla realizatorów umów w ramach modułu II programu pn. „Centra informacyjno-doradcze dla osób z niepełnosprawnością”.

**TAK/NIE (wskaż właściwe)**

1. Oświadczam, iż dysponuję zasobami kadrowymi oraz lokalowymi pozwalającymi na realizację zadania uzupełniającego / będę dysponować zasobami kadrowymi i lokalowymi pozwalającymi na realizację zadania uzupełniającego

**TAK/NIE (wskaż właściwe)**

1. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że zadanie uzupełniające będzie realizowane z wykorzystaniem systemu obsługi wsparcia SOW. Zobowiązuję się do utworzenia konta w tym systemie i rejestrowania w nim działań związanych z realizacją zadania uzupełniającego.

**TAK/NIE (wskaż właściwe)**

## **Wskaźniki rezultatu**

## Liczba porad, które zostaną udzielone osobom z niepełnosprawnościami w OWiT w ramach realizacji zadania uzupełniającego:

## 1) Wartość wskaźnika w I okresie realizacji – 30

## 2) Wartość wskaźnika w II okresie realizacji – 50

## Liczba instruktaży, które zostaną przeprowadzone przez OWiT w ramach realizacji zadania uzupełniającego:

## 1) Wartość wskaźnika w I okresie realizacji – 30

## 2) Wartość wskaźnika w II okresie realizacji – 50

## Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

1. Budżet zadania uzupełniającego

**Załączono do wniosku (TAK/NIE)**

**Uzupełniono (TAK/NIE); data uzupełnienia – (wypełnia PFRON)**

1. Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek uzupełniający podpisany jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania podmiotu składającego wniosek

**Załączono do wniosku (TAK/NIE)**

**Uzupełniono (TAK/NIE); data uzupełnienia – wypełnia PFRON**

1. Inne załączniki – należy wymienić (dot. Spełnienia kryterium podmiotowego, przedmiotowego)

**Załączono do wniosku (TAK/NIE)**

**Uzupełniono (TAK/NIE); data uzupełnienia – wypełnia PFRON**

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów do wniosku:

data, pieczątka imienna i podpis pracownika PFRON

Oświadczenia podmiotu składającego wniosek uzupełniający**:**

**Oświadczam**, że podane we wniosku informacje są zgodne z prawdą.

**Oświadczam**, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki PFRON na realizację programu.

**Oświadczam**, że na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON lub Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Urzędu Skarbowego oraz wobec organów i instytucji wykonujących zadania z zakresu administracji publicznej oraz zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON.

Administratorem Państwa danych osobowych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, Al. Jana Pawła II 13, 03-828 Warszawa. Dane są przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań administratora. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych, w tym o prawach przysługującym osobom fizycznym, dostępne są pod adresem:

<https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/>

 dnia . r.

pieczątka imienna

pieczątka imienna

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

**Wypełnia PFRON**

**DECYZJA PEŁNOMOCNIKÓW ZARZĄDU PFRON**

 **W SPRAWIE WNIOSKU UZUPEŁNIAJĄCEGO NR**

**pozytywna/negatywna (wybierz właściwe)**

**ŁĄCZNA KWOTA NA REALIZACJĘ CAŁEGO ZADANIA UZUPEŁNIAJĄCEGO:**

 **zł (słownie: )**

**PRZYZNANA KWOTA NA REALIZACJĘ CAŁEGO ZADANIA UZUPEŁNIAJĄCEGO:**

 **zł (słownie: )**

**UZASADNIENIE W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**

miejscowość, data

podpisy Pełnomocników Zarządu PFRON

Przekazano do przygotowania aneksu do umowy dnia

pieczątka imienna Pełnomocnika Zarządu PFRON

data, podpis

pieczątka imienna Pełnomocnika Zarządu PFRON

data, podpis