Załącznik nr 1 do ramowego wzoru umowy

**WNIOSEK**

**nr ………………**

**o powierzenie realizacji zadania w ramach modułu II programu pn. „Centra informacyjno-doradcze dla osób z niepełnosprawnością”, polegającego na utworzeniu i prowadzeniu Ośrodka Wsparcia i Testów**

1. **Dane wnioskodawcy**

| Pełna nazwa wnioskodawcy: |
| --- |
|  |
| Województwo | Powiat | Gmina | Miejscowość |
|  |  |  |  |
| Kod pocztowy | Al./Ulica | Nr posesji | Nr lokalu |
|  |  |  |  |
| Nr telefonu | Nr fax | Strona www | Adres e-mail |
|  |  |  |  |
| Nazwa i numer rejestru (np. KRS) | Nr identyfikacyjny NIP |
|  |  |

1. **Dane osoby upoważnionej do kontaktu w sprawie wniosku**

|  |  |
| --- | --- |
| *(imię, nazwisko, funkcja)*............................................................................................................................................................................................................ | *(dane kontaktowe)*Tel.: ………………........…………………….e-mail: ........................................................ |

3. Nazwa przedszkola specjalnego/szkoły specjalnej/placówki specjalnej wskazanej do pełnienia roli OWiT[[1]](#footnote-2)

| Pełna nazwa: |
| --- |
|  |
| Województwo | Powiat | Gmina | Miejscowość |
|  |  |  |  |
| Kod pocztowy | Al./Ulica | Nr posesji | Nr lokalu |
|  |  |  |  |
| Nr telefonu | Nr fax | Strona www | Adres e-mail |
|  |  |  |  |

1. **Deklaracja realizacji programu**

(właściwe pole należy zaznaczyć x)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Znane mi są założenia Modelu Funkcjonowania Ośrodków Wsparcia i Testów powstających w ramach Programu Rady Nadzorczej Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych pn. „Centra informacyjno-doradcze dla osób z niepełnosprawnością” (CIDON) przy Specjalistycznych Centrach Wspierających Edukację Włączającą (SCWEW). |  |
| 2. | Deklaruję realizację wszystkich zadań określonych w Modelu Funkcjonowania Ośrodka Wsparcia i Testów. |  |
| 3. | Deklaruję realizację wszystkich wskaźników określonych w Modelu Funkcjonowania Ośrodków Wsparcia i Testów. |  |
| 4. | Oświadczam, iż przedszkole specjalne/szkoła specjalna/placówka specjalna\* wskazana do pełnienia roli OWiT dysponuje zasobami kadrowymi oraz lokalowymi określonymi w Modelu Funkcjonowania Ośrodków Wsparcia i Testów/będzie dysponować zasobami kadrowymi i lokalowymi określonymi w Modelu Funkcjonowania Ośrodków Wsparcia i Testów nie później niż po upływie 6 miesięcy od zawarcia umowy, której wzór stanowi załącznik do ogłoszenia o naborze wniosków\*. |  |
| 5. | Deklaruję realizację wskazanych w Modelu Funkcjonowania Ośrodków Wsparcia i Testów działań zgodnie z terminami w nim określonymi oraz terminami wskazanymi w ramowym wzorze umowy, której wzór stanowi załącznik do ogłoszenia o naborze wniosków. |  |

1. **Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa załącznika | Załączono do wniosku | Uzupełniono tak/nie | Data uzupełnienia |
| tak | nie | (wypełnia PFRON) |
| 1.  | Budżet zadania |  |  |  |  |
| 2. | Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisane jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania podmiotu składającego wniosek |  |  |  |  |
| 3. | Inne załączniki (należy wymienić): |  |  |  |  |

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów do wniosku:

*pieczątka imienna pracownika PFRON*

*data, podpis:*

\*należy zaznaczyć właściwe

**Oświadczenia podmiotu składającego wniosek:**

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

**Oświadczam**, że znane są mi zapisy programu pn. „Centra informacyjno-doradcze dla osób z niepełnosprawnością”.

**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/*](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 nr ……….****pozytywna**: **negatywna**: |
| **ŁĄCZNA KWOTA NA REALIZACJĘ CAŁEGO ZADANIA** |
| **………. zł (słownie:……………………………………………………………………………………………)** |
| **PRZYZNANA KWOTA NA REALIZACJĘ CAŁEGO ZADANIA**  |
| **………. zł (słownie:……………………………………………………………………………………………)** |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**: |
| ....................................... 20...... r. ................................. ................................ miejscowość, data podpisy Pełnomocników Zarządu PFRON  |

Przekazano do przygotowania umowy dnia ………………………………………………………….

*pieczątka imienna Pełnomocnika Zarządu PFRON*

 *data, podpis:*

*pieczątka imienna Pełnomocnika Zarządu PFRON*

 *data, podpis:*

1. Placówka wskazana przez Organ Prowadzący do pełnienia roli OWIT w projekcie „Pilotażowe wdrożenie modelu Specjalistycznych Centrów Wspierających Edukację Włączającą (SCWEW)” nr POWR.02.10.00-IP.02-00-002/19 tj.:

• przedszkole specjalne,

• szkoła specjalna,

• placówka specjalna, tj. młodzieżowy ośrodek wychowawczy (MOW) lub młodzieżowy ośrodek socjoterapii (MOS), lub specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy (SOSW), lub równoważne w przypadku zmian w systemie oświaty. [↑](#footnote-ref-2)