załącznik do procedury MOPS-41

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW

PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

**KOSZTÓW UTWORZENIA I DZIAŁALNOŚCI WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ**

Procedura dofinansowania ze środków PFRON dostępna jest na stronie internetowej [www.mops.krakow.pl](http://www.mops.krakow.pl)

Wniosek złożono w :

 **MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ**

 **DZIAŁ WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

 **UL.JÓZEFIŃSKA 14, 30-529 KRAKÓW**

**Część A** - wypełnia wnioskodawca x)

………………………… ………….………….. dnia………………

*/pieczęć wnioskodawcy/ /miejscowość/*

1. **INFORMACJA O WNIOSKODAWCY**

**Nazwa i adres:**

|  |
| --- |
| Pełna nazwa |
| Kod pocztowy | Miejscowość | Ulica | Numer |
| Powiat | Województwo |
| Numer telefonu | Numer faksu | e-mail |
| Organ założycielski |
| Źródła dofinansowania działalności |

**Informacja o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zobowiązanie do wpłat na rzecz PFRON | tak | nie |
| Data ostatniej wpłaty |  |
| Kwota zaległości |  |
| Podstawa zwolnienia z wpłat |  |

x) Fundacja, stowarzyszenie lub inny podmiot zamierzający utworzyć warsztat terapii zajęciowej.

**Informacja o korzystaniu ze środków PFRON:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wnioskodawca korzysta bądź korzystał ze środków PFRON w okresieostatnich 3 latach | tak  | nie |
| Numer i data zawarciaumowy | Przyznana kwota | Cel | Termin rozliczenia | Rozliczono kwotę: | Źródła finansowania:/PFRON,samorząd powiatowy/ |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Razem |  |  |

1. **PROPONOWANA LOKALIZACJA I STRUKTURA WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ**

 **Adres warsztatu**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kodpocztowy | Miejscowość | Ulica | Numer |
| Powiat | Województwo |
| Numer telefonu | Numer faksu | e-mail |
| Liczba pomieszczeń | Powierzchnia użytkowa |
| Tytuł prawny wnioskodawcy do dysponowania pomieszczeniami na potrzeby warsztatu terapii zajęciowej *(własność, umowa najmu itp.)* |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Proponowana liczba uczestników |  |
| Proponowana liczba etatów |  |
| Rodzaj planowanych pracowni terapii zajęciowej: |
| 1. | 6. |
| 2. | 7. |
| 3. | 8. |
| 4. | 9. |
| 5. | 10. |

1. **KOSZTY UTWORZENIA I DZIAŁALNOŚCI WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wnioskodawca prowadzi dochodową działalność gospodarczą | tak | nie |
| Całkowity koszt adaptacji pomieszczeń |  |
| Całkowity koszt wyposażenia pomieszczeń |  |
| Całkowity koszt zakupu samochodu na potrzeby WTZ |  |
| Całkowity koszt działalności na okres .............m-cy w .............roku |  |
| Całkowity koszt przedsięwzięcia |  |
| Deklarowany udział własny wnioskodawcy |  |

**Kwota wnioskowana na:**

|  |  |
| --- | --- |
| Adaptację pomieszczeń |  |
| Wyposażenie |  |
|  |  |
| Na działalność na okres ……. m-cy w ……… roku |  |

**Łączna wnioskowana kwota przeznaczona na zorganizowanie warsztatu (zł)** (słownie:

…………………………………………………………………………………………..)

**Zobowiązuję się do gromadzenia oświadczeń kandydatów na uczestników warsztatu terapii zajęciowej o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez MOPS oraz PFRON, zgodnie z rozporządzeniem nr 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27.04.2016 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 (zwanego dalej RODO).**

**W załączeniu projekt utworzenia warsztatu.**

Do wniosku należy dołączyć projekt utworzenia warsztatu, który winien zawierać dokumenty,
o których mowa w § 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy
i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej*.*

**Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania wnioskodawcy:**

*/pieczęć imienna/ /pieczęć imienna/*

**Numer sprawy: Część B**

 **Cześć B** - wypełnia Miejski Ośrodek Pomocy Spolecznej

**Ocena projektu utworzenia warsztatu oraz propozycja wysokości finansowania w części lub w całości, ze środków PFRON, kosztów utworzenia
i działalności warsztatu terapii zajęciowej**

………………………………………………………………………….…………………………....

………………………………………………………………………….……………………………

………………………………………………………………….……………………………………

…………………………………………………………….…………………………………………

……………………………………………………………….……………………………………...

……………………………………………………………..………………………………………..

………………………………………………………..……………………………………………..

………………………………………………………..……………………………………………..

Kwota na adaptację pomieszczeń: ……………………………………………………..

Kwota na wyposażenie: ……….. ..................................................………………………

w tym na samochód: .........................................................................................................

Kwota na dzialalność warsztatu na okres ........................ m-cy w roku: ……………..

………………………………………

 /data i podpis/

**Numer sprawy: Część C**

**Część C** - wypełnia Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej

**W dniu .................... przyjęto / nie przyjęto dofinansowania w części lub w całości koszty zorganizowania i działalności warsztatu terapii zajęciowej w** ..............................................

**przy** ............................................................................................................................................

**w łącznej kwocie:**.............................. **zł, w tym na:**

adaptację pomieszczeń: ..............................zł

wyposażenie: ..............................zł (w tym na samochód: ......................... zł)

działalność na okres …..m-cy w…..…..roku: ..............................................…….zł

…………………………………….

 / podpis /