Data wpływu:
Nr sprawy:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	**Do uzupełnienia**
Pełna nazwa Wnioskodawcy:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Strona internetowa:	

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

☐ **Taki sam jak adres siedziby**

ADRES KORESPONDENCYJNY

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

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	PESEL	Funkcja

II. INFORMACJE DODATKOWE

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

Podstawa działania:	
Sektor finansów:	☐ publicznych ☐ niepublicznych
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

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 podatnikiem podatku 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

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 i jej kwalifikacje:	
Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:	

III. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?

☐ Nie
☐ Tak

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**	**Stan rozliczenia**	**Kwota rozliczona**

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa zadania:

Nazwa pola	Do uzupełnienia

Cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:	
Liczba uczestników:	
W tym liczba opiekunów:	
Liczba osób niepełnosprawnych:	
Do lat 18:	
Powyżej 18 lat:	
Liczba mieszkańców wsi:	

PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Planowane miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji zadania:	
Termin zakończenia:	

INFORMACJE DODATKOWE

Zakładane rezultaty zadania (należy opisać co zyskają osoby w wyniku realizacji zadania, w jakim stopniu realizacja zadania zmieni ich sytuację) oraz jak rezultaty te będą badane

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:	

II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przewidywany koszt realizacji zadania:	
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:	

Słownie:	
Własne środki przeznaczone na realizację zadania:	

Inne źródła finansowania ogółem

z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Publiczne:	
Niepubliczne:	

Harmonogram

III. Kosztorys rzeczowo-finansowy obejmujący rodzaje kosztów związanych z realizacją przedsięwzięcia

Lp.	Zakres rzeczowy wg rodzajów kosztów	Zakres finansowy		
		Całkowita wartość rodzajów kosztów	Pozostałe źródła finansowania (w tym udział własny)	Kwota dofinansowania ze środków PFRON
Razem:				
Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:				

Data i pieczęć wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU	
Lp.	**Plik**

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU	
Lp.	**Plik**

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE
Lista

PODPISANY WNIOSEK
Plik

Załącznik nr 1 do wniosku

KALKULACJA ZADANIA /KOSZTORYS WYDATKÓW				
NAZWA ZADANIA				
Lp.	***WYDATKI SZCZEGÓŁOWE***	***KOSZT CAŁKOWITY***	***KOSZTY WŁASNE***	***PFRON***
1.				
2				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
	RAZEM			

……

……

……

(data i podpisy osoby (osób) upoważnionej/nych do reprezentowania Wnioskodawcy

Załącznik nr 2 do wniosku

SZCZEGÓŁOWY PROGRAM MERYTORYCZNY ZADANIA

Nazwa zadania

…….

…….

Rodzaj zadania

☐ ZADANIE SPORTOWE ☐ ZADANIE KULTURALNE

☐ ZADANIE TURYSTYCZNE ☐ ZADANIE REKREACYJNE

Miejsce realizacji zadania

……

……..

…….

Szczegółowy zakres zadania

……

…….

……

……..

Przewidywane efekty realizacji zadania

…….

…….

……

.....

.....

.....

(data i podpisy osoby (osób) upoważnionej/nych do reprezentowania Wnioskodawcy

O Ś W I A D C Z E N I A / Z G O D Y

1. Oświadczamy, **iż posiadamy /nie posiadamy** * wymagalnych zobowiązań wobec PFRON (tj. takie zobowiązania, których termin zapłaty upłynął)
2. Oświadczamy, iż w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych **byliśmy/ nie byliśmy** * stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po naszej stronie.
3. Oświadczamy, iż dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.
4. Oświadczam, że Wnioskodawca **jest/ nie jest*** płatnikiem podatku VAT.
5. **Zgoda na przetwarzanie danych**

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a i c w związku z art. 9 ust.1,2 lit. a, b 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

□ Dobrowolnie wyrażam zgodę* **□ Nie wyrażam zgody***

na przetwarzanie moich danych osobowych wynikających z wniosku, w celu dofinansowania ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych, przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Parkowa 28, 39-200 Dębica, jako administratora danych osobowych.

Administrator Danych Osobowych informuje, że osoba, której dane dotyczą, ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę poprzez przesłanie lub przekazanie pisemnego oświadczenia o wycofaniu zgody. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

*** - Właściwe zaznaczyć X**

.....

.....

.....

(Podpisy osoby (osób) upoważnionej/nych do reprezentowania Wnioskodawcy)

Informacje podawane w przypadku zbierania osobowych od osoby, której dane dotyczą

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 w zw. z art. 9 ust. 1, 2 lit. a, b 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 informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Parkowa 28, e-mail: sekretariat@pcprpowiatdebicki.pl zwany dalej Administratorem; Administrator prowadzi operacje przetwarzania danych osobowych.
2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych: e-mail: inspektor.odo@onet.pl
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu dofinansowania ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a i c w związku z art. 9 ust.1,2 lit. a i b Rozporządzenia (…)).
4. Dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych, podmiotów świadczących asystę i wsparcie techniczne dla systemów teleinformatycznych oraz takich instytucji jak bank, sprzedawca przedmiotu/ wykonawca usługi.
5. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
6. Dane osobowe będą przechowywane nie dłużej, niż jest to niezbędne dla osiągnięcia celu przetwarzania i przez okres wskazany przepisami prawa jak też archiwizacji.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do:

1) żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
2) przenoszenia danych,
3) wniesienia skargi do organu nadzorczego: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie
4) cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie.

8. Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
9. Dane osobowe nie podlegają profilowaniu.
10. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i częściową zgodą osoby, której dane dotyczą. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rzetelnej realizacji zadania ustawowego, w tym kontaktu telefonicznego/mailowego/wypłaty dofinansowania.

.....

.....

.....

(Podpisy osoby (osób) upoważnionej/nych do reprezentowania Wnioskodawcy)

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

NAZWA ZAŁĄCZNIKA	ZAŁĄCZONO DO WNIOSKU*	UZUPEŁNIONO*	DATA UZUPEŁNIENIA
Aktualny **wypis z rejestru sądowego** (ważny 3 miesiące)			
Statut/umowa spółki			
Dokumenty **potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 la**t przed dniem złożenia wniosku (np. sprawozdanie)			
Sposób reprezentacji Wnioskodawcy (pełnomocnictwa)			
Potwierdzenie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach (w formie załącznika do wniosku)			
Oświadczenie Wnioskodawcy, o nieposiadaniu wymagalnych **zobowiązań wobec PFRON** („Oświadczenia" we wniosku)			
Oświadczenie Wnioskodawcy, **iż w ciągu ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku** o dofinansowanie ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych **był/ nie był/ stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie** („oświadczenia" we wniosku)			
Szczegółowy program merytoryczny zadania: nazwa, rodzaj zadania, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania (stanowi załącznik nr 1 do wniosku)			
Dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu (wniosek)			
Kalkulacja zadania / kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania (stanowi załącznik nr 2 do wniosku)			
Udokumentowane zapewnienia odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania (pozycja we wniosku)			
Oferty cenowe na sprzęt będący przedmiotem dofinansowania lub kosztorys przedsięwzięcia w przypadku ubiegania się o dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych (odrębny załącznik do wniosku)			
Informacja czy wnioskodawca jest/nie jest/ płatnikiem VAT („oświadczenia" we wniosku)			
Informacja o zatrudnionej kadrze rehabilitacyjnej (pozycja we wniosku)			
Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, sporządzona zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców (*wymagana gdy wnioskodawcą jest przedsiębiorca)*			
Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej *(wymagana gdy wnioskodawcą jest pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej)*			
Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku *(wymagana gdy wnioskodawcą jest pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej)*			

*Proszę zaznaczyć „x" jeżeli załącznik dołączono do wniosku

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów

Dębica, dnia …… Wypełnia (PCPR) ……*Dębica, dnia……*