



<b>Data wpływu:</b>	
<b>Nr sprawy:</b>	PCPR.5121. _____

## WNIOSEK

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

NA ROK .....

Zgodnie z § 12 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 926 ze zm.) **wniosek należy złożyć do 30 listopada roku poprzedzającego realizację zadania.**

**We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”.** W przypadku gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ....” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

## 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:	

**OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Nazwisko:	
Pesel:	
Nr telefonu:	
Poczta:	

**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

**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:	<input type="checkbox"/> publicznych <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna:	

Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 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)?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 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 OTRZYMANÝCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona



<b>W tym liczba opiekunów:</b>	
<b>Liczba osób niepełnosprawnych:</b>	
<b>Do lat 18:</b>	
<b>Powyżej 18 lat:</b>	
<b>Liczba mieszkańców wsi:</b>	

#### PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Planowane miejsce realizacji zadania:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji zadania:</b>	
<b>Termin zakończenia:</b>	

#### 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
<b>Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:</b>	

#### II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
<b>Słownie:</b>	
<b>Własne środki przeznaczone na realizację zadania:</b>	

#### Inne źródła finansowania ogółem

z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Publiczne:</b>	
<b>Niepubliczne:</b>	

### Harmonogram

Poszczególne działania w zakresie realizowanego zadania	Terminy realizacji poszczególnych działań





## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1.	Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego (ważność 3 miesiące do dnia złożenia wniosku) potwierdzona za zgodność z oryginałem, albo wydruk informacji ze strony internetowej Krajowego Rejestru Sądowego pobranej w trybie art. 4 ust. 4aa ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym.
2.	Kopia statutu/regulaminu potwierdzona za zgodność z oryginałem.
3.	Kopia pełnomocnictwa do zawierania umów w przypadku organizacji nie posiadającej osobowości prawnej.
4.	Plan pracy na rok realizacji zadania.
5.	Sprawozdanie finansowe i merytoryczne z roku ubiegłego (ostateczny termin dostarczenia koniec lutego roku realizacji zadania) – jeżeli dotyczy.

### KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH W POWIATOWYM CENTRUM POMOCY RODZINIE W NOWYM TOMYŚLU

Zgodnie z art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016), zwanego dalej RODO informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowym Tomyślu, ul. Poznańska 30,
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – tel. 61 4426700, e-mail: iod@powiatnowotomyski.pl,
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz na podstawie art. 9 ust.1 lit. g RODO – przetwarzania jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym,
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, bądź podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych,
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie niezbędnym do realizacji celu przetwarzania oraz zgodnie z przepisami prawa w zakresie ich archiwizacji oraz instrukcją kancelaryjną,
6. Posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych. Realizacja tych praw musi być zgodna z przepisami prawa na podstawie których odbywa się ich przetwarzanie, RODO, ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego czy dotyczących archiwizacji,
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
8. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem jest dobrowolne oraz warunkiem prowadzenia sprawy,
9. Przetwarzane Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

#### Klauzula zgody

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016), zwanego dalej RODO, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

## OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Podane informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym – przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wnioski z dalszego rozpatrywania.
2. Znane mi są „Zasady dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych”, przyjęte przez Powiat.
  3. W ramach realizacji zadania  planowane jest /  nie jest planowane pobieranie opłat od ostatecznych beneficjentów zadania.
  4. Reprezentowany przeze mnie podmiot zobowiązuje się do uzyskania środków finansowych w wysokości wystarczającej na pokrycie pozostałych kosztów zadania (poza kosztami przewidzianymi do dofinansowania ze środków PFRON), w tym wkładu własnego, zaangażowanego do realizacji zadania.
  5. Na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot  posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON /  nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
  6. Oświadczam, że  posiadam /  zabezpieczę odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji imprezy.
7. Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie uchwały Zarządu Powiatu lub decyzji przyznającej środki Funduszu na podstawie niniejszego wniosku.
  8. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja w okresie 3 lat od dnia złożenia wniosku  była /  nie była stroną umowy z PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.
  9. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja zapewni minimum 40% całkowitych kosztów realizacji zadania.

Miejscowość	Data	Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

.....  
miejsowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

.....  
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

.....  
(adres wnioskodawcy)

jest  nie jest

pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej.

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

<i>Pieczęć wnioskodawcy</i>	<i>Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy</i>

Jeżeli wnioskodawca jest ZPCH dołącza do wniosku:

1. potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
2. informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku,
3. informację o pomocy publicznej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

.....  
miejsowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

.....  
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

.....  
(adres wnioskodawcy)

jest  nie jest

przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 19 listopada 1999 r. – Prawo o działalności gospodarczej (Dz. U. nr 101, poz. 1178 z późn. zm.).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajnienie prawdy.

<i>Pieczęć wnioskodawcy</i>	<i>Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy</i>

Jeżeli wnioskodawca jest przedsiębiorcą należy dołączyć do wniosku informację o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami ustawy o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

.....  
miejsowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

.....  
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

.....  
(adres wnioskodawcy)

jest     nie jest

Płatnikiem podatku VAT w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. - o podatku od towarów i usług (Dz. U. nr 54, poz. 535 z późn. zm.).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

<i>Pieczęć wnioskodawcy</i>	<i>Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy</i>

.....  
miejsowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

.....  
(data)

.....  
(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz wobec Urzędu Skarbowego.

<i>Pieczęć wnioskodawcy</i>	<i>Data, pieczętki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy</i>

.....  
miejsowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

.....  
(data)

.....  
(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

Posiada następujący rachunek bankowy/rachunki bankowe:

Nazwa pola	Wartość
<b>1. Nazwa banku</b>	
Nr rachunku bankowego	
Informacja o ewentualnych obciążeniach	
<b>2. Nazwa banku</b>	
Nr rachunku bankowego	
Informacja o ewentualnych obciążeniach	

<i>Pieczęć wnioskodawcy</i>	<i>Data, pieczętki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy</i>