

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:	

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

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Publiczne:	
Niepubliczne:	

[illegible]

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
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
Razem:				
Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:				

Data i pieczęć osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

Załączniki do wniosku	
Aktualny wypis z rejestru sądowego lub inny dokument stanowiący podstawę działania (ważny 3 miesiące od daty wystawienia)	
Statut (regulamin) zawierający informacje o działalności prowadzonej na rzecz osób niepełnosprawnych - w zakresie określonym art. 7 ust. 1 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych	
Oświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach – załącznik do wniosku	
Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy osoba reprezentująca Wnioskodawcę nie została wskazana w KRS lub innym dokumencie stanowiącym podstawę działania	
Oświadczenia (o VAT, ZPCH, pomocy de minimis) – załącznik do wniosku	
Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku - dotyczy działań Wnioskodawcy podejmowanych na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie określonym art. 7 ust. 1 ustawy o rehabilitacji (...)	
Dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON. (zaświadczenie/oświadczenie)	
Zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w roku bieżącym oraz dwóch poprzedzających go latach kalendarzowych lub oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie (dot. podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą, pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej)	
Informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką Wnioskodawca otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis (dot. podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą, pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej)	
Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej (dot. pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej)	
Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku (dot. pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej)	
Klauzula informacyjna RODO – załącznik do wniosku	

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

Oświadczamy, że:

1. nie posiadamy wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Urzędu Skarbowego.
2. Stowarzyszenie w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie było stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie Stowarzyszenia.
3. zapewnimy odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki lokalowe i techniczne do realizacji wnioskowanego przedsięwzięcia.
4. podane we wniosku informacje są zgodne z prawdą oraz, że jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.
5. zatrudniamy/angażujemy fachową kadrę do obsługi zadania.
6. posiadamy środki finansowe na realizację zadania.
7. zapoznaliśmy się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.
8. dane zawarte we wniosku są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym, o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązujemy się informować w ciągu 14 dni.

Wyrażamy zgodę na przetwarzanie naszych danych osobowych przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni, ul. Wojska Polskiego 1, 62-300 Września w celu uzyskania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Podajemy dane osobowe dobrowolnie i oświadczamy, że są one zgodne z prawdą.

Jesteśmy świadomi, iż dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

.....
/ data i podpis osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy/

UWAGA !

Wnioski o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na organizację sportu, kultury, rekreacji i turystyki zostaną rozpatrzone po otrzymaniu planu finansowego na rok następny.

.....

załącznik do wniosku

/pieczęć Wnioskodawcy/

OŚWIADCZENIE

Oświadczamy, iż na dzień
(data)

.....
(nazwa, adres)

.....
posiada następujący rachunek bankowy:
nazwa banku.....

nr rachunku bankowego

informacja o ewentualnych obciążeniach.....

Oświadczamy, że znana jest nam treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.
Kodeks Karny o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....
/data i podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy/

.....
/pieczęć Wnioskodawcy/

załącznik do wniosku

OŚWIADCZENIE

Oświadczamy, że
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest
(adres wnioskodawcy)

.....

jest / nie jest* płatnikiem VAT w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. – o podatku od towarów i usług.

Oświadczamy, że znana jest nam treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....
/ data i podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy/

* niepotrzebne skreślić

.....

załącznik do wniosku

/pieczęć Wnioskodawcy/

OŚWIADCZENIE

Działając w imieniu
(nazwa, adres)

oświadczamy, że nie korzystaliśmy w bieżącym roku kalendarzowym oraz w poprzednich dwóch latach z pomocy de minimis.

Oświadczamy, że znana jest nam treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....
/ data i podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy/

.....

/pieczęć Wnioskodawcy/

załącznik do wniosku

OŚWIADCZENIE

Oświadczamy, że
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest
(adres wnioskodawcy)

jest / nie jest* pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej.

Oświadczamy, że znana jest nam treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.
Kodeks Karny o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....
/ data i podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy/

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.

* niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA

o przetwarzaniu danych osobowych w związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

W związku z realizacją wymogów 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 „RODO”), przekazujemy następujące informacje:

1. **Administrator danych:** Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni Dane adresowe: ul. Wojska Polskiego 1 62-300 Września, Telefon: (0-61) 640-45-54, Adres e-mail: sekretariat@pcprwrzesnia.pl

2. **Inspektor Ochrony Danych:** W sprawach związanych z ochroną danych osobowych proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych w następujący sposób: drogą elektroniczną: sekretariat@pcprwrzesnia.pl, telefonicznie: (061) 640-45-59

3. **Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w następującym celu:** Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych na podstawie art. 9 i art. 6 ust. 1 lit. a¹ i b² RODO.

4. **Odbiorcy danych osobowych:**

- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
- inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Administratorem przetwarzają dane osobowe w szczególności z zakresu obsługi IT, obsługi administracyjnej, kancelariom prawnym, operatorom pocztowym, kurierom.

5. **Okres przechowywania danych osobowych:**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 3 przez okres określony w Instrukcji kancelaryjnej i jednolitym rzeczowym wykazie akt oraz instrukcji archiwalnej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni tj. przez okres 5 lat od przyznania, przekazania i rozliczenia dofinansowania (licząc od początku roku następującego po roku zawarcia umowy o dofinansowanie).

6. **Prawa osób, których dane osobowe dotyczą: W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:**

- dostępu do Pani/Pana danych osobowych oraz otrzymywania ich kopii zgodnie z art. 15 RODO,
- sprostowania (poprawiania) Pani/Pana danych osobowych zgodnie z art. 16 RODO,
- usunięcia danych zgodnie z art. 17 RODO,
- ograniczenia przetwarzania danych osobowych zgodnie z art. 18 RODO,
- do cofnięcia w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych, których przetwarzanie odbywa się na Pani/Pana zgodę (w każdej chwili przysługuje Pani/Panu prawo do wycofania zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych, ale cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pani/Pana zgody przed jej wycofaniem) na podstawie art. 7 ust. 3 RODO,
- Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:** Może Pani/Pan wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, jeżeli sądzi Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO.

8. **Informacja o wymogu dobrowolności podania danych oraz konsekwencjach nie podania danych osobowych.**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w przypadku wniosku/ów o dofinansowanie w ramach programu Aktywny samorząd na które Pani/Pan wyraził/a zgodę jest dobrowolne a ich niepodanie spowoduje pozostawienie wniosku/ów bez rozpatrzenia.

9. **Państwa dane osobowe nie są i nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w celu podjęcia jakiegokolwiek decyzji i nie będą profilowane.**

Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku powzięcia wątpliwości odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, PCPR wezwie Wnioskodawcę do złożenia wyjaśnień lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

Przyjmuję do wiadomości, że nieusunięcie uchybień, w tym niedostarczenie załączników w terminie 30 dni od dnia poinformowania Wnioskodawcy o występujących we wniosku uchybieniach, spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

<i>Pieczęć Wnioskodawcy</i>	<i>Data</i>	<i>Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy</i>

¹ osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów;

² przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy