**Data wpływu: Nr sprawy:**

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 dofinan- sowania** | **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 zadania** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 dofinan- sowania 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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |



............................................... 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/

.................................................. załącznik do wniosku

/pieczęć Wnioskodawcy/

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/

……………………………. załącznik do wniosku

/pieczęć Wnioskodawcy/

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

1. **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](mailto:sekretariat@pcprwrzesnia.pl), telefonicznie: (061) 640-45-59
2. **Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w następującym celu:** Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzanie 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.
3. **Odbiorcy danych osobowych:**
4. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
5. działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
6. 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.
7. **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).

1. **Prawa osób, których dane osobowe dotyczą: W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:**
2. dostępu do Pani/Pana danych osobowych oraz otrzymywania ich kopii zgodnie z art. 15 RODO,
3. sprostowania (poprawiania) Pani/Pana danych osobowych zgodnie z art. 16 RODO,
4. usunięcia danych zgodnie z art. 17 RODO,
5. ograniczenia przetwarzania danych osobowych zgodnie z art. 18 RODO,
6. 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,
7. **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.

1. **Państwa dane osobowe nie są i nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w celu podjęcia jakiejkolwiek 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Pieczęć Wnioskodawcy* | *Data* | *Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

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