Załącznik nr 3 do Zarządzenia nr 7 /2022

Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy

Rodzinie w Wołominie z dn. 14.04. 2022 r.

**WNIOSEK** **O SFINANSOWANIE REALIZACJI ZADANIA W RAMACH MODUŁU II PROGRAMU „POMOC OBYWATELOM UKRAINY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”**

Wniosek należy wypełnić komputerowo. Należy wypełnić poszczególne punkty wniosku lub wpisać nie dotyczy

## Część A – DANE WNIOSKODAWCY

### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Pełna nazwa**  **organizacji pozarządowej:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Strona internetowa:** |  |

#### ADRES SIEDZIBY:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |

**□ Taki sam jak adres siedziby**

### ADRES KORESPONDENCYJNY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |

#### OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Pesel:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Poczta:** |  |

#### OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem funkcji jakiej pełni w organizacji, które zgodnie z postanowieniami statutu lub innego aktu wewnętrznego są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy: | |
| **Imię i nazwisko** | **Funkcja** |
|  |  |

### INFORMACJE DODATKOWE

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| Forma prawna |  |
| **Nr rejestru sądowego:** |  |
| **Data wpisu do rejestru sądowego:** |  |
| **Organ założycielski:** |  |
| **REGON:** |  |
| **NIP:** |  |
| **Podstawa działania:** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |

#### INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **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 podatki VAT:** |  |
| **Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżania 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 | Zawartość |
| **Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:** |  |
| **Posiadane zasoby kadrowe wskazujące na możliwość realizacji zadana ( należy opisać m. in. doświadczenie i kwalifikacje osób zaangażowanych do realizacji zadania) :** |  |
| **Doświadczenie Wnioskodawcy przy realizacji zadań / projektów o podobnej tematyce ( opis zadań /projektów realizowanych w okresie ostatnich dwóch lat:** |  |

## Część B – SZCZEGÓŁOWA INFORMACJA DOTYCZĄCA REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO.

### PRZEDMIOT WNIOSKU

**Nazwa (tytuł) zadania nadana przez Wnioskodawcę:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Cel dofinansowania, szczegółowy opis zaplanowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:** |  |
| **Opis docelowej grupy beneficjentów zadania (osób z niepełnosprawnością/ osób im towarzyszących);** |  |
| **Planowana liczba Beneficjentów objętych wsparciem łącznie:** |  |
| **w tym: I stopień niepełnosprawności, w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności;** |  |
| **w tym: II stopień niepełnosprawności, w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności:** |  |
| **w tym: osoby małoletnie posiadające I lub II stopień niepełnosprawności, w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności:** |  |
| **Planowana liczba osób towarzyszących (o ile dotyczy):** |  |
| **Opis i harmonogram działań planowanych przy realizacji zadania:** |  |

**PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Planowane miejsce realizacji zadania:** |  |
| **Termin rozpoczęcia:** |  |
| **Przewidywany czas realizacji zadania:** |  |
| **Termin zakończenia:** |  |

**INFORMACJE DODATKOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| Opis zakładanych rezultatów realizacji zadania (co będzie bezpośrednim efektem realizacji zadania, jaka zmiana społeczna zostanie osiągnięta poprzez realizację zadania, czy przewidywane jest wykorzystanie rezultatów osiągniętych w trakcie realizacji zadania w dalszych działaniach organizacji) | |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Rezultaty zadania (opis):** |  |

### Część C – BUDŻET ZADANIA

### BUDŻET i HARMONOGRAM ZADANIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Łączny koszt realizacji zadania:** |  |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:** |  |
| **Słownie:** |  |
| **Własne środki przeznaczone na realizacje zadania:** |  |

### Rodzaje kosztów związanych z realizacją zadania

**Proszę szczegółowo przedstawić elementy składowe zadania wraz z kwotami, np.:**

**umowa zlecenie** – przewidywany zakres prac i liczba godzin oraz proponowane wynagrodzenie,

**wyżywienie** – stawka dzienna x ilość osób x ilość dni,

**zakwaterowanie** – stawka za 1 nocleg x ilość osób x ilość nocy,

**itp.:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa wydatków** | **Zakres finansowy** | | |
| **Podstawa Kalkulacji** | **Ogółem w zł** | **Ze środków PFRON w zł** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **Razem:** | |  |  |  |

1. Pomoc finansowa nie może zostać przeznaczona na pokrycie:
2. wydatków administracyjnych i biurowych Wnioskodawcy, związanych z organizacją i uruchomieniem pomocy w ramach Modułu II programu;
3. wydatków dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej, które są finansowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia;
4. świadczeń pieniężnych na rzecz osób fizycznych;
5. wydatków, które zostały sfinansowane z innych (niż PFRON) środków publicznych.

| **pieczątka imienna i podpis** | **pieczątka imienna i podpis** |
| --- | --- |
|  |  |

**Podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych.**

\* niepotrzebne skreślić

**Lista załączników wymaganych do wniosku:**

1. Zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, innego rejestru lub ewidencji – Należy przedłożyć oryginał lub kserokopię poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy

**Załączono (TAK/NIE);**

1. Zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym statut lub regulamin – kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy

**Załączono (TAK/NIE);**

1. Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy

**Załączono (TAK/NIE);**

1. Udokumentowanie posiadania konta bankowego waz z informacją o ewentualnych obciążeniach

**Załączono (TAK/NIE);**

1. Łączna lista uczestników zakwalifikowanych do programu

**Załączono (TAK/NIE);**

1. Załącznik nr 1 – Oświadczenia wnioskodawcy;

**Załączono (TAK/NIE);**

1. Załącznik nr 2 - Karta uczestnika realizacji zadania w ramach Modułu II programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością” **wraz z wymaganymi załącznikami:**
2. Dokument potwierdzający, iż pobyt uczestnika na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest uznany za legalny, na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy (kopia);

* dotyczy Beneficjenta programu oraz osoby towarzyszącej

**Załączono (TAK/NIE);**

1. Dokument potwierdzający I lub II stopień niepełnosprawności, wydany w ramach ukraińskiego sytemu orzekania o niepełnosprawności (kopia) lub oświadczenie o jego posiadaniu.

**Załączono (TAK/NIE);**

1. Klauzula informacyjna - Moduł II - wypełnia Beneficjent programu oraz osoba towarzysząca

**Załączono** **(TAK/NIE);**

*Załącznik nr 1 do Wniosku o sfinansowanie realizacji zadania w ramach Modułu II programu pn.: „Pomoc obywatelom Ukrainy z  niepełnosprawnością*

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

W związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **o sfinansowanie realizacji zadania w ramach Modułu II programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”** na rok........................................................................ **przez:**

.................................................................................................................................................................................

**nazwa podmiotu**

świadomi odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych ze stanem faktycznym (art. 233 § 1 kodeksu karnego ) oświadczamy, że:

................................................................................................................................................................................

**nazwa podmiotu**

1. Podane we wniosku informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym, w tym dane w części A wniosku są zgodne z Krajowym Rejestrem Sądowym / właściwą ewidencją – przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
2. Znane mi są postanowienia programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością” oraz Procedur realizacji Modułu II tego programu;
3. Na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON;
4. Reprezentowany przeze mnie podmiot nie działa w celu osiągnięcia zysku oraz przeznacza całość dochodu na realizację celów statutowych oraz nie przeznacza zysku do podziału między swoich członków, udziałowców, akcjonariuszy i pracowników;
5. Korzystał\*/nie korzystał\* ze środków finansowych Funduszu w ciągu ostatnich 3 lat i wywiązał się\*/nie wywiązał się\* z umów na wykonanie zadania.
6. Kadra obsługująca zadanie posiada stosowne uprawnienia i kwalifikacje do jego realizacji.
7. Posiada odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
8. Prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed złożeniem wniosku.
9. podczas realizacji zadania, przy przetwarzaniu danych osobowych Wnioskodawca przestrzegać będzie obowiązków administratora danych osobowych, wynikających z przepisów 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), oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych;
10. Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2345 z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Miejscowość: ………………………………………….. data:………………………………………………..

| **pieczątka imienna i podpis** | **pieczątka imienna i podpis** |
| --- | --- |
|  |  |

**Podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych.**

\* niepotrzebne skreślić

*Załącznik nr 2 do Wniosku o sfinansowanie realizacji zadania w ramach Modułu II programu pn.: „Pomoc obywatelom Ukrainy z  niepełnosprawnością*

**KARTA UCZESTNIKA PROGRAMU**

**w ramach Modułu II pn.: „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”**

Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru. Należy wypełnić poszczególne punkty wniosku lub wpisać „nie dotyczy”.

**INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA/ UCZESTNIKA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Wniosek jest składany:** | * we własnym imieniu * przez opiekuna małoletniego |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Data przybycia do Polski** |  |

**ADRES POBYTU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

|  |  |
| --- | --- |
| * Taki sam, jak adres pobytu | |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ( osoby składającej)**

|  |  |
| --- | --- |
| Wypełnia osoba składająca wniosek w imieniu własnym. | |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Stopień niepełnosprawności** (**w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności):** | * I * II |

**OSOBA MAŁOLETNIA**

DANE MAŁOLETNIEGO - wypełnia osoba składająca wniosek w imieniu małoletniego.

| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| --- | --- |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Data przybycia do Polski:** |  |

**ADRES POBYTU MAŁOLETNIEGO**

| * Taki sam, jak adres pobytu osoby składającej wniosek | |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI MAŁOLETNIEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Stopień niepełnosprawności (w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności):** | * I * II |

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 06.06.1997 r. - Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 2345 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą oraz, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.

| Miejscowość | Data | Podpis wnioskodawcy/ opiekuna |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**INFORMACJE O OSOBIE TOWARZYSZĄCEJ \***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Data przybycia do Polski** |  |

**ADRES POBYTU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 06.06.1997 r. - Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 2345 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą oraz, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.

| Miejscowość | Data | Podpis osoby towarzyszącej |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**\*Osoba towarzysząca** – należy przez to rozmieć osoby towarzyszące Beneficjentom programu (którym udzielono wsparcia w programie), których pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest lub był uznany za legalny na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy (Dz. U. z 2022 r. poz. 583, z późn. zm.);

**Lista załączników:**

1. Dokument potwierdzający, iż pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest uznany za legalny, na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy (kopia) – dotyczy Beneficjenta programu oraz osoby towarzyszącej

**Załączono (TAK / NIE);**

1. Dokument potwierdzający I lub II stopień niepełnosprawności, wydany w ramach ukraińskiego sytemu orzekania o niepełnosprawności (kopia) lub oświadczenie o jego posiadaniu

**Załączono (TAK / NIE);**

1. Klauzula informacyjna - Moduł II – Wypełnia Beneficjent programu oraz osoba towarzysząca

**Załączono (TAK / NIE);**