

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:	<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 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

KLAUZULA INFORMACYJNA dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

W celu realizacji obowiązku wynikającego 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 (zwane dalej RODO) prosimy o zapoznanie się z poniższymi informacjami

Administrator danych osobowych

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, ul. Wileńska 29 A, 05-200 Wołomin zwany dalej Administratorem.

Inspektor Ochrony Danych

Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, należy skontaktować się poprzez adres email: sekretariat@pcprwołomin.pl, pisemnie na adres siedziby Administratora Danych Osobowych.

Cele i podstawa prawna przetwarzania danych

Przetwarzanie Pana/i danych osobowych odbywa się

- a) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. a tj. udzielonej przez Pana/i zgody na udział w postępowaniu w sprawie ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- b) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. c - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa tj.:
 - Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 lutego 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2020 poz. 426)
 - Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 czerwca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U z 2015 poz. 926)

Odbiorcy danych osobowych

Pani/a dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

- a) Właściwym organom, sądom oraz instytucjom państwowym i samorządowym lub innym instytucjom wykonującym powierzone zadania publiczne, jeżeli obowiązek ujawnienia/przekazania danych wynika z obowiązujących przepisów prawa lub jest to niezbędne celem dochodzenia praw lub roszczeń Administratora Danych Osobowych

Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG):

Administrator Danych Osobowych nie przekazuje Pana/Pani danych do państw trzecich tj. poza terytorium EOG (obejmujący Unie Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami prawa lub do czasu odwołania zgody.

Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Panu/i prawo żądania od Administratora danych osobowych dostępu do swoich danych osobowych, prawo do sprostowania (poprawienia), usunięcia danych jednakże z ograniczeniem tego prawa w myśl art. 17 RODO, ograniczenia przetwarzania danych (wstrzymania operacji na danych lub nieusuwania danych w zależności od złożonego wniosku), prawo do przenoszenia danych osobowych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania państwa danych na potrzeby marketingu bezpośredniego. W celu skorzystania z powyższych praw, należy skontaktować się poprzez kanały komunikacji wskazane w pkt. Administrator danych osobowych

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Może Pan/i również wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku niezgodnego z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych.

Zgoda

W przypadku, gdy wykorzystywane przez nas Państwa dane nie są konieczne do realizacji obowiązku prawnego lub nie stanowi Naszego prawnie uzasadnionego interesu przysługuje Panu/i prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, w zakresie w jakim Pana/i dane osobowe są przetwarzane na podstawie udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych. Wycofanie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.

Czy podanie danych jest obowiązkowe?

Przetwarzanie pozyskanych od Pana/i danych opiera się na zasadzie dobrowolności, jednakże odmowa podania danych niemożliwi Panu/i dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pana/i dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że otrzymałem/am Klauzulę informacyjną od Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i zapoznałem/am się z jej treścią.

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczętka imienna i podpis Wnioskodawcy)



OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

W związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przedsięwzięć z zakresu sportu kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych zaplanowanych 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. Nie posiada zaległości wobec Funduszu.
2. Nie działa w celu osiągnięcia zysku (stosownie do zapisu art.106 ust.2 pkt1 lit d ustawy o finansach publicznych z dnia 30 czerwca 2005 r. (t. j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1354, z późn. zm.).
3. Korzystał*/nie korzystał* ze środków finansowych Funduszu w ciągu ostatnich 3 lat i wywiązał się*/nie wywiązał się* z umów na wykonanie zadania.
4. Nie jest/jest wykluczony* z prawa otrzymania dotacji ze środków publicznych zgodnie z art. 145 ust.6 w związku z art. 190 ustawy o finansach publicznych
5. Kadra obsługująca zadanie posiada stosowne uprawnienia i kwalifikacje do jego realizacji.
6. Posiada odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
7. Prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed złożeniem wniosku.
8. Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1138, 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:.....

--	--

pieczętka imienna i podpis Wnioskodawcy

pieczętka imienna i podpis Wnioskodawcy

/podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/

* niepotrzebne skreślić

.....
pieczęć Wnioskodawcy

data.....

ZAKRES MERYTORYCZNY ZADANIA

.....
rodzaj zadania

.....
termin realizacji zadania

Harmonogram działań planowanych przy realizacji zadania

L.p.	Planowany zakres realizacji zadania
pieczęćka imienna i podpis Wnioskodawcy	pieczęćka imienna i podpis Wnioskodawcy

/podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/

.....
pieczęć Wnioskodawcy

data.....

Szczegółowy preliminarz wydatków według Wnioskodawcy

(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,
zakup środków materiałowych – jakich? I do czego będą wykorzystane, itd.)

pieczętka imienna i podpis Wnioskodawcy

pieczętka imienna i podpis Wnioskodawcy

/podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/



WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW - SPORTU, KULTURY, REKREACJA I TURYSTYKA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Lp.	Nazwa załącznika	Załączniki złożone w dniu przyjęcia wniosku TAK*/NIE*	Data uzupełnienia
1	Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego /ważny 3 miesiące/		
2	Statut		
3	Udokumentowane posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł (na sfinansowanie części nie objętej dofinansowaniem PFRON, do każdego zadania)		
4	Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach		
5	Rekomendacje		
6	Lista uczestników wraz z potwierdzonymi za zgodność z oryginałem kopiami orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkałych na terenie powiatu wołomińskiego		
7	Sposób reprezentacji /pełnomocnictwo/		
8	Załącznik nr 1 – Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych oraz oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych uczestników zadania.		
9	Załącznik nr 2 – Oświadczenia wnioskodawcy		
10	Załącznik nr 3 - Zakres merytoryczny zadania		
11	Załącznik nr 4 – Szczegółowy preliminarz wydatków związanych z realizacją zadania		

W przypadku gdy wnioskodawca jest przedsiębiorcą:

12	Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku		
----	---	--	--

W przypadku gdy wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:

13	Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku		
14	Potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej		
15	Informację o sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku		

pieczętka imienna pracownika PCPR przyjmującego wniosek



**Skala punktowa rozpatrywania wniosków
o dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych**

		Liczba punktów	Przyznane punkty
Wniosek składany jest na dany cel			
1.	po raz pierwszy	8	
2.	po raz drugi i kolejny i nie otrzymał dofinansowania	8	
3.	po raz drugi i kolejny i otrzymał dofinansowanie	0	
Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych			
1.	nie korzystał	8	
2.	korzystał ze środków Funduszu na inne zadania, niż będące przedmiotem wniosku	4	
3.	korzystał na to samo zadanie	0	
Efekty realizacji zadania (sport, kultura, rekreacja, turystyka)			
1.	Cele zadania umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobom niepełnosprawnym wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem	zdecydowanie tak	2
		umiarkowanie	1
2.	Cele zadania są dobrane i uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności	zdecydowanie tak	2
		umiarkowanie	1
Załączniki wymagane do wniosku (sport, kultura, rekreacja, turystyka)			
1.	Wniosek zawiera wszystkie załączniki w dniu złożenia wniosku	1	
LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW			

Ocena wniosku o dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych:

Data weryfikacji formalnej wniosku:	/ 20..... r.	
Weryfikacja formalna wniosku:	<input type="checkbox"/> pozytywna	<input type="checkbox"/> negatywna	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia:	<input type="checkbox"/> - tak	<input type="checkbox"/> - nie	
Uzupełniono w dniu/ 20..... r.			

*pieczętka imienna pracownika PCPR dokonującego
weryfikacji formalnej wniosku*

Data, podpis



WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
Decyzja o przyznaniu dofinansowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób
niepełnosprawnych:

OCENA FORMALNA I MERYTORYCZNA WNIOSKU

Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Decyzja o przyznaniu dofinansowania
..... Piecątka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny formalnej i merytorycznej wniosku	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> Piecątka imienna, data, podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania (dotyczy wniosków, których realizacja wymaga podpisania umowy)

*pieczętki imienne pracowników PCPR
przygotowujących umowę*

data, podpis:

pieczętka imienna Dyrektora PCPR

data, podpis:

g

.....
Pieczęć Wnioskodawcy

.....
Miejscowość i data

SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI ZADANIA Z ZAKRESU SPORTU, KULTURY, REKREACJI I TURYSTYKI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

.....
nazwa zadania

realizowanego w okresie od:..... do:.....

określonego w umowie nr:, zawartej w dniu:

pomiędzy Starostą Wołomińskim, dysponentem środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

a.....

.....
nazwa podmiotu

SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE

Lp.	Zadanie	Charakterystyka realizacji zadania
1.	Stopień realizacji zaplanowanych działań i celów <i>(w jakim stopniu planowane cele zostały zrealizowane)</i>	
2.	Opis realizowanych zadań <i>(zgodnie z planowanymi działaniami określonymi w umowie)</i>	

3.	Informacje o uczestnikach (liczba i charakterystyka uczestników)	
4.	Rezultaty zadania	

pieczęćka imienna i podpis	pieczęćka imienna i podpis
----------------------------	----------------------------

/podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/



