



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	Do uzupełnienia
Pełna nazwa organizacji pozarządowej:	
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 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	Do uzupełnienia
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	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 obniżania 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	Zawartość
Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:	
Posiadane zasoby kadrowe wskazujące na możliwość realizacji zadania (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	Do uzupełnienia
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	Do uzupełnienia
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	Do uzupełnienia
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 realizację 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:

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

pieczęćka imienna i podpis	pieczęćka 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);
2. 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);
3. Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy
Załączono (TAK/NIE);
4. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach
Załączono (TAK/NIE);
5. Łączna lista uczestników zakwalifikowanych do programu
Załączono (TAK/NIE);
6. Załącznik nr 1 – Oświadczenia wnioskodawcy;
Załączono (TAK/NIE);
7. Załącznik nr 2 - Karta uczestnika realizacji zadania w ramach Modułu II programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością” **wraz z wymaganymi załącznikami:**
 - a) 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);
 - b) Dokument potwierdzający I lub II stopień niepełnosprawności, wydany w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności (kopia) lub oświadczenie o jego posiadaniu.
Załączono (TAK/NIE);
 - c) Klauzula informacyjna - Moduł II - wypełnia Beneficjent programu oraz osoba towarzysząca
Załączono (TAK/NIE);

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. Znałem 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 przeznaczają całość dochodu na realizację celów statutowych oraz nie przeznaczają 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. Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. 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:

pieczęćka imienna i podpis	pieczęćka imienna i podpis

Podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych.

* niepotrzebne skreślić



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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	Do uzupełnienia
Wniosek jest składany:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> przez opiekuna małoletniego
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Data przybycia do Polski	

ADRES POBYTU

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

ADRES KORESPONDENCYJNY Taki sam, jak adres pobytu

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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	Do uzupełnienia
Stopień niepełnosprawności (w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności):	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II

OSOBA MAŁOLETνια

DANE MAŁOLETNIEGO - wypełnia osoba składająca wniosek w imieniu małoletniego.

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Data przybycia do Polski:	

ADRES POBYTU MAŁOLETNIEGO Taki sam, jak adres pobytu osoby składającej wniosek

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI MAŁOLETNIEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Stopień niepełnosprawności (w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności):	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> 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 2022 r., poz. 1138 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

FORMACJE O OSOBIE TOWARZYSZĄCEJ *

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Data przybycia do Polski	

ADRES POBYTU

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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 rozmieść 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);

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

Załączono (TAK / NIE);

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

Załączono (TAK / NIE);