

.....
Pieczętka wpływu PCPR

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
sportu, kultury, rekreacja i turystyka osób niepełnosprawnych

CZĘŚĆ I: INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

IA. Dane dotyczące Wnioskodawcy: (*wypełnić drukowanymi literami*)

| | |
|---|--|
| Pełna nazwa Wnioskodawcy: | |
| REGON: | NIP: |
| Ulica: | Nr: |
| Miejscowość: | Nr kodu: |
| Nr telefonu: | Nr faxu: |
| Adres email: | Osoba upoważniona do prowadzenia sprawy: |
| Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy: | |
| <i>pieczętka imienna i podpis</i> | <i>pieczętka imienna i podpis</i> |

IB. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:(wypełnić drukowanymi literami)

| | |
|--|----------------------------------|
| Data rozpoczęcia działalności: | Status prawny: |
| Nr rejestru sądowego: | Data wpisu do rejestru sądowego: |
| Nazwa banku: | Numer konta bankowego: |
| Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie: <input type="checkbox"/> zawodowej <input type="checkbox"/> leczniczej <input type="checkbox"/> społecznej | |
| Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |

IC. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON:

| Czy Wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie z PFRON ? | | | | | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
|---|-------|------------------------|--------------------|------------------|------------------------------|------------------------------|
| Numer umowy i data zawarcia | Kwota | Cel | Termin rozliczenia | Stan rozliczenia | Źródło | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Razem | | Razem kwota rozliczona | | | | |

CZĘŚĆ II: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

IIA. Informacja o wnioskowanym zadaniu:

| | |
|---|--|
| Nazwa zadania: | |
| Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia w zł: | |
| Deklarowane własne środki w zł: | |
| Inne źródła finansowania ogółem w zł: | |
| Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON w zł: | |
| Cel dofinansowania: | |
| Impreza integracyjna <input type="checkbox"/> Impreza sportowa <input type="checkbox"/> Impreza kulturalna <input type="checkbox"/> | |
| Impreza turystyczna <input type="checkbox"/> Impreza rekreacyjna <input type="checkbox"/> Zakup sprzętu sportowego <input type="checkbox"/> | |

IIB. Dane dotyczące imprezy:

| | |
|--|-----------------------|
| Miejscowość: | Termin: |
| Liczba uczestników ogółem: | |
| Do lat 18: | Powyżej lat 18: |
| W tym: osób niepełnosprawnych: | |
| Do lat 18: | Powyżej lat 18: |
| Co stanowi% ogólnej liczby uczestników | |
| Liczba mieszkańców z terenów wiejskich | |

IIC. Wniosek jest składany:

(wstaw X we właściwej rubryce)

| | |
|---|--|
| 1. po raz pierwszy | |
| 2. po raz drugi i kolejny i nie otrzymał dofinansowania | |
| 3. po raz drugi i kolejny i otrzymał dofinansowanie | |

IID. Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku:

Krótki opis zadania/plan imprezy: *(należy opisać zadanie na jakie przeznaczone zostanie dofinansowanie)*

Przewidywane efekty: *(należy wykazać, że realizacja zadania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobom niepełnosprawnym wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem oraz, że jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności)*

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części I i II, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”.

W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

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. Legionów 78,05-200 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 wpostepowaniu 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 uniemożliwi 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)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika)

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 2019 r. poz. 896, 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 2020 r. poz. 1444, 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 | pieczętka imienna i podpis |

/podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/

.....
pieczęć Wnioskodawcy

data.....

ZAKRES MERYTORYCZNY ZADANIA

.....
rodzaj zadania

.....
termin realizacji zadania

Harmonogram działań planowanych przy realizacji zadania

| L.p. | Planowany zakres realizacji zadania |
|------|-------------------------------------|
| | |

pieczęć imienna i podpis

pieczęć imienna i podpis

/podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/

.....
pieczęć Wnioskodawcy

data.....

KOSZTORYS WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ ZADANIA

| I. Kosztorys ze względu na źródła finansowania | | | | | | |
|---|--|-----------------|------------------------------------|---|---------------|---|
| Lp. | Źródło finansowania | w zł | | % | | |
| 1. | Całkowity koszt | | | | | |
| 2. | Środki własne Wnioskodawcy | | | | | |
| 3. | Środki pozyskane z innych źródeł | | | | | |
| 4. | Wnioskowana kwota dotacji z PFRON | | | | | |
| II. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów | | | | | | |
| Lp. | Rodzaj kosztów | Koszt całkowity | wnioskowane dofinansowanie z PFRON | | Środki własne | |
| | | | kwota w zł | % | Kwota w zł | % |
| 1. | Koszty osobowe: a) Umowa zlecenie b) Umowa o dzieło | | | | | |
| 2. | Wynajęcie: a) sali b) obiektu c) sprzętu d) mebli e) inne: | | | | | |
| 3. | Wyżywienie | | | | | |
| 4. | Zakwaterowanie | | | | | |
| 5. | Zakup środków materiałowych: a) materiały biurowe b) materiały dydaktyczne c) nagrody rzeczowe d) inne: | | | | | |
| 6. | Transport: a) zakup biletów b) wynajem środków transportu c) zlecenie usługi transportowej | | | | | |
| 7. | Inne koszty: | | | | | |

III. 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.)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

pieczęć i podpis

pieczęć i podpis

/podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/

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

| <i>Lp.</i> | 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 | REGON | | |
| 4 | NIP | | |
| 5 | Udokumentowane posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł (na sfinansowanie części nie objętej dofinansowaniem PFRON, do każdego zadania) | | |
| 6 | Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach | | |
| 7 | Rekomendacje | | |
| 8 | Lista uczestników wraz z potwierdzonymi za zgodność z oryginałem kopiami orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkałych na terenie powiatu wołomińskiego | | |
| 9 | Sposób reprezentacji /pełnomocnictwo/ | | |
| 10 | Załącznik nr 1 – Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych oraz oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych uczestników zadania. | | |
| 11 | Załącznik nr 2 – Oświadczenia wnioskodawcy | | |
| 12 | Załącznik nr 3 - Zakres merytoryczny zadania | | |
| 13 | Załącznik nr 4 – Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania | | |

W przypadku gdy wnioskodawca jest przedsiębiorcą:

| | | | |
|----|---|--|--|
| 14 | Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku | | |
|----|---|--|--|

W przypadku gdy wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:

| | | | |
|----|---|--|--|
| 15 | Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku | | |
| 16 | Potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej | | |
| 17 | Informację o sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku | | |

pieczętka imienna pracownika PCPR przyjmującego wniosek

data, podpis: