

Nr sprawy

Wniosek kompletny przyjęto w PCPR w Opolu
Lubelskim z siedzibą w Poniatowej
w dniu nr

(pieczęć Wnioskodawcy)

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych

Część: A: Dane i informacje o Wnioskodawcy

Nazwa i adres Wnioskodawcy:

| | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--------------|---|---------------|----|--------|
| Pełna nazwa: | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | - | | | |
| Miejscowość | | Kod pocztowy | | Ulica | Nr | Powiat |
| Nr tel. Kierunkowy:tel.: | | | | Nr fax: | | |

Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy:

| | |
|---------------------|---------------------|
| (pieczęćka imienna) | (pieczęćka imienna) |
| podpis: | podpis: |

Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:

| | | |
|---|------------|------------|
| Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON | tak: | nie: |
| Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON | | |
| Czy wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON | tak: | nie: |
| Kwota zaległości: | zł | |

Informacje o zatrudnianiu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych:

| | | | |
|---|------------------|-----------------------|--------------|
| Wnioskodawca zatrudniania ogółem osób (w przeliczeniu na etaty) |etatów | | |
| Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne (w przeliczeniu na etaty) |etatów | | |
| Wskaźnik zatrudniania osób niepełnosprawnych |% | | |
| Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji: | | | |
|zawodowej |lecniczej |społecznej | |
| Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu) | | | |
| w tym: | do lat 18: | powyżej lat 18: | razem: |

Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:

| | | |
|---|---------------------------------|------------|
| Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy | | |
| Status prawny | REGON | |
| Nr rejestru sądowego | Data wpisu do rejestru sądowego | |
| Organ założycielski | Nr identyfikacji podatkowej NIP | |
| Nazwa banku | Nr konta bankowego | |
| Czy wnioskodawca jest płatnikiem VAT | Tak: | Nie: |
| Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą? | Tak: | Nie: |
| Czy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej | Tak: | Nie: |
| Zróżła finansowania działalności Wnioskodawcy: | | |
| | | |
| | | |
| Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy: Cel działania, teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, liczba zatrudnionych kadry specjalistycznej i kwalifikacje rehabilitantów i techników, znacznie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Informacje o korzystaniu ze środków PFRON w ciągu ostatnich trzech lat

| Czy wnioskodawca korzystał z środków PFRON | | | Tak: | Nie: |
|--|-----------------------------------|-----|-----------------------------------|---------------|
| Nr i data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania według umowy | Cel | Kwota dofinansowania wykorzystana | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Część B: Informacje o przedmiocie wniosku

1. **Przedmiot dofinansowania (nazwa zadania):**

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

2. **Cel dofinansowania (przeznaczenie dofinansowania) - nazwa i charakter przedsięwzięcia z zakresu organizowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki**

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

Przewidywany koszt realizacji zadania: zł
słownie:

1. Środki własne (udokumentowane): zł

2. Inne źródła finansowania zadania (udokumentowane: środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje)

a) zł

b) zł

c) zł

Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

..... zł

3. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu: zł.
słownie:

% przewidywanego kosztu

Miejsce realizacji zadania:

.....
.....

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....
.....

Liczba uczestników (ogółem) których udział ma być objęty dofinansowaniem:

.....

w tym osób niepełnosprawnych:

do lat 18:

powyżej lat 18

Razem osób niepełnosprawnych:

*niepotrzebne skreślić

Załączniki wymagane do wniosku:

| Nazwa załącznika | Załączono do wniosku tak/nie | Uzupełniono tak/nie | Data uzupełnienia |
|---|---------------------------------|---------------------------|-------------------|
| | | (wypełnia pracownik PCPR) | |
| Aktualny wypis z rejestru sądowego (z okresu do 3 miesięcy przed złożeniem wniosku) | | | |
| Statut | | | |
| Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON | | | |
| Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo) | | | |
| Nazwa, szczegółowy zakres oraz miejsce i czas realizacji zadania – program merytoryczny zadania | | | |
| Koszty wydatków związanych z realizacją zadania | | | |
| Udokumentowanie zapewnienia odpowiednich dla potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania (opis pomieszczeń, środków transportu) | | | |
| W przypadku gdy Wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą | | | |
| Zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie | | | |
| 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 | | | |
| W przypadku gdy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej: | | | |
| Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej | | | |
| Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku | | | |
| Informacji o każdej pomocy innej niż de minimis jaką otrzymał Wnioskodawca w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny z którym jest związana pomoc de minimis | | | |

OŚWIADCZENIE

1. Wnioskodawca oświadcza, iż został poinformowany, że dofinansowanie kosztów realizacji zadania z zakresu dofinansowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych ze środków PFRON nie może obejmować kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych PFRON i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu,
2. Wnioskodawca nie ma zaległości wobec Funduszu i w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie był stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
3. Składane przez Wnioskodawcę oświadczenia i dane są zgodne z prawdą
4. Osoby reprezentujące Wnioskodawcę podpisując niniejszy wniosek oświadczają, że zapoznały się z informacją zamieszczoną poniżej:

KLAUZULA INFORMACYJNA W ZAKRESIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych; zwane dalej: „RODO”), informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Opolu Lubelskim z siedzibą w Poniatowej ul. 11 Listopada 5, 24-320 Poniatowa.
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: inspektor@cbi24.pl.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze, w szczególności wynikających z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 426 z późn. zm.] oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych [t. j. Dz. U. z 2015 r., poz. 926].
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art.6 ust. 1 lit. c) ww. Rozporządzenia.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.
7. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
 - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawienia, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także – w przypadku przewidzianych prawem – prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz ich nie podanie uniemożliwi rozpoznanie i realizację wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z uwagi na brak możliwości realizacji określonych wyżej celów przetwarzania danych osobowych.
9. Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pani/Pan decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

.....
/miejsowość, data/

.....
/podpis, pieczęćka imienna osób reprezentujących Wnioskodawcę/

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku:

Data i podpis pracownika PCPR