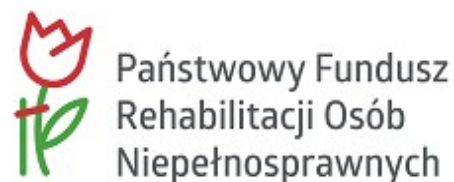


Data wpływu:



PCPR.521.....

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

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części A oraz części B, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca można poszerzyć opis wpisując w odpowiedniej rubryce „W załączeniu – załącznik nr” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym w odpowiednich rubrykach formularza.

A. DANE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Pełna nazwa Wnioskodawcy:	
Nr telefonu: (dobrowolnie)	
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: (dobrowolnie)	
Poczta:	

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	Funkcja	Nr tel. do kontaktu w sprawie wniosku (dobrowolnie)

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:	
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:	

III. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?

Nie Tak

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

B. PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa i opis zadania 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:	

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 zadania

III. Kosztorys rzeczowo-finansowy obejmujący rodzaje kosztów związanych z realizacją przedsięwzięcia

Lp.	Zakres rzeczowy wg rodzajów kosztów	Zakres finansowy		
		Całkowita wartość rodzajów kosztów	Pozostałe źródła finansowania (w tym udział własny)	Kwota dofinansowania ze środków PFRON
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
Razem:				
Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:				

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

W związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych:

- Oświadczam, że zapewniam odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne, lokalowe, transportowe do realizacji zadania będącego przedmiotem wniosku.
- Oświadczam, że posiadam środki własne i/lub pozyskane z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.
- Oświadczam, że prowadzę działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.
- Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz nie byłem/am, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Oświadczam, że nie działam w celu osiągnięcia zysku, zgodnie z art. 221 ust. 1 ustawy o finansach publicznych z dnia 27 sierpnia 2009 r.
- Oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą. O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w ciągu 14 dni.
- Przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

8. Zobowiązuję się przed zawarciem umowy przedstawić zaktualizowaną informację o pomocy de minimis lub innej pomocy publicznej przeznaczonej na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą otrzymanej po złożeniu wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON – dotyczy podmiotów prowadzących działalność gospodarczą.

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań wynikających z art. 233 § 1 KK „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. § 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.”

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego dalej RODO) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim, ul. Grunwaldzka 3, adres e-mail: sekretariat@pcprnml.pl, tel. 56 474 31 96.

2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim jest możliwy poprzez adres e-mail: iod@pcprnml.pl lub tel. 56 474 31 96.

3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c RODO oraz zadań określonych w Ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych).

4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym w ust. 3 Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w ust. 3 celu przetwarzania, nie krótszy niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji.

6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu:

1) prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO,

2) prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO,

3) prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 RODO,

4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO,

5) prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 RODO,

6) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, na podstawie art. 21 RODO,

7) w przypadku, jeśli przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

7. Przysługuje Pani/Panu/ prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim i jest:

1) obowiązkowe, jeżeli zostało to określone w przepisach prawa, konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości prowadzenia sprawy,

2) dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody,

3) podanie numeru telefonu jest dobrowolne i wykorzystane będzie jedynie w celu kontaktu z Panią/Panem w sprawach związanych z realizacją złożonego wniosku.

9. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

10. Administrator danych nie będzie przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego oraz organizacji międzynarodowej.

Data,

.....
**pieczęćka i podpis osoby
upoważnionej do reprezentacji Wnioskodawcy**

.....
**pieczęćka i podpis osoby
upoważnionej do reprezentacji Wnioskodawcy**

C. WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

1. Załączniki wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Data uzupełnienia
Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Statut*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Udokumentowane posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł (na sfinansowanie części nie objętej dofinansowaniem z PFRON)*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed złożeniem wniosku*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Lista uczestników zadania – osób niepełnosprawnych biorących udział w zadaniu, mieszkających na terenie Powiatu Nowomiejskiego lub zobowiązanie Wnioskodawcy do dostarczenia ww. listy w terminie późniejszym wraz z podaniem daty	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Zgodna na przetwarzanie danych osobowych niepełnosprawnych uczestników zadania lub oświadczenie Wnioskodawcy o przechowywaniu ww. zgody w swojej siedzibie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

W przypadku Wnioskodawcy prowadzącego działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, do wniosku ponadto należy dołączyć:

Zaświadczenie 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*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Informacji o każdej pomocy innej niż de minimis jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym związana jest pomoc de minimis*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

W przypadku Wnioskodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej do wniosku ponadto należy dołączyć:

Potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

* - dokument należy złożyć w formie kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do reprezentacji Wnioskodawcy

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części A i B wniosku

.....
data, pieczętka i podpis pracownika PCPR

2. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

Wniosek rozpatrzono pozytywnie/negatywnie* i przyznano/nie przyznano* środki finansowe PFRON w wysokości zł (słownie:

w ramach organizacji, sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych.

* niewłaściwe skreślić

.....
data, pieczętka i podpis Dyrektora PCPR