



Data wpływu wniosku

Nr wniosku: 531.1.

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:	
Pocztą:	
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 lub ewidencji działalności gospodarczej:	
Data wpisu do rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:	
Organ założycielski:	
REGON:	
NIP:	
Podstawa działania:	
Sektor finansów:	☐ publicznych ☐ 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?	☐ Nie ☐ Tak
Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT?	☐ Nie ☐ Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	☐ Nie dotyczy ☐ Nie ☐ Tak
Podstawa prawna:	
Czy Wnioskodawca otrzymał pomoc <i>de minimis</i> w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?	☐ Nie ☐ Tak
Czy Wnioskodawca otrzymał pomoc inną niż <i>de minimis</i> (w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc <i>de minimis</i>)?	☐ Nie ☐ Tak

Czy Wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?	☐ Nie ☐ Tak
Czy Wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?	☐ Nie ☐ Tak

INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych?	
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością:	
Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:	
Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:	
Opis prowadzonej działalności na rzecz osób niepełnosprawnych/cel działania/znaczenie tej działalności 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 pola	Do uzupełnienia
Nazwa zadania, przedmiot dofinansowania:	
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: (określenie obiektu i adresu, w którym ma być realizowane zadanie)	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji zadania:	
Termin zakończenia:	

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

INFORMACJE DODATKOWE

Zakładane rezultaty zadania (należy opisać co zyskają osoby niepełnosprawne 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:	

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.				
Razem:				
Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:				

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:

- Administratorem Pani/Pana/dziecka/podopiecznego 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.
- 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.
- Pani/Pana/dziecka/podopiecznego 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.
- W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym w ust. 3 Pani/Pana/dziecka/podopiecznego dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
- Pani/Pana/dziecka/podopiecznego 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.
- W związku z przetwarzaniem przez Administratora Pani/Pana/dziecka/podopiecznego 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 Pani/Pana/dziecka/podopiecznego 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/dziecku/podopiecznemu 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, danych osobowych dziecka/podopiecznego jest warunkiem prowadzenia Pani/Pana/dziecka/podopiecznego 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. Pani/Pana/dziecka/podopiecznego dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
10. Administrator danych nie będzie przekazywać Pani/Pana/dziecka/podopiecznego danych osobowych do państwa trzeciego oraz organizacji międzynarodowej.

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. **Oświadczam, że zatrudniam wykwalifikowaną kadrę niezbędną do właściwego wykonania zadania.**
2. **Oświadczam, że zapewniam odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne, lokalowe, transportowe konieczne do realizacji zadania.**
3. **Oświadczam, że prowadzę działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.**
4. **Oświadczam, że posiadam środki własne i/lub pozyskane z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.**
5. **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.**
6. **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.**

Osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy

podpis	podpis

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1.	Statut lub inny akt wewnętrzny
2.	KRS lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej
3.	Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku
4.	Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach
5.	Udokumentowanie posiadania środków własnych lub pochodzących z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON
6.	Lista uczestników zadania – osób niepełnosprawnych biorących udział w zadaniu zamieszkałych na terenie powiatu nowomiejskiego

W przypadku Wnioskodawcy prowadzącego działalność gospodarczą, do wniosku należy dołączyć:

1.	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
2.	Informacje 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 jest związana pomoc de minimis

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

1.	Potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej
2.	Informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku

OCENA FORMALNA WNIOSKU

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów.

.....
data, pieczęć i podpis pracownika

DECYZJA O PRYZNANIU DOFINANSOWANIA

Wniosek rozpatrzono pozytywnie / negatywnie* i przyznano / nie przyznano* środki finansowe PFRON w wysokości zł, w ramach dofinansowania kosztów organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych.

.....
data, pieczęć i podpis Dyrektora