DPON.706 . …. 20…..

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych

I. **<u>INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY</u>** (WNIOSEK PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

1.Nazwa wnioskodawcy

…….....

…….....

---

2. Siedziba i adres:

…….

…….

3. Nr tel. …… **Nr faxu** ……..

---

4. NIP: ……**REGON**:……

5. Status prawny…….

6. Podstawa działania…….

…….

7. Nr rejestru sądowego……..

8. Data wpisu do Rejestru Sądowego…….

9. Organ założycielski …….

10. Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy: ……...

…….

……...

11. Dane osoby (osób) upoważnionej(upoważnionych) do reprezentowania Wnioskodawcy

Imię i nazwisko - ***pełniona funkcja***

……

-

……..

-

……..

12. Nazwa banku ……..

Nr rachunku bankowego: □□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

□□□□ □□□□

13. Czy wnioskodawca prowadzi statutową działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych: * **TAK / NIE***

Wnioskodawca prowadzi działalność w zakresie rehabilitacji: ***zaznaczyć właściwe**

Leczniczej zawodowej społecznej

Data rozpoczęcia statutowej działalności rehabilitacji: …….....

14. Czy Wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jednolity Dz. U. z 2017r. poz. 2168)

TAK□ **NIE** □*

15.Ogólna charakterystyka działalności Wnioskodawcy:

CEL DZIAŁANIA ……

……

……

TEREN DZIAŁANIA (zakres terytorialny) …….

……

……

LICZBA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH OBJĘTYCH DZIAŁALNOŚCIĄ …….

……..

LICZBA ZATRUDNIONEJ KADRY I JEJ KWALIFIKACJE …….

……..

ZNACZENIE DZIAŁALNOŚCI DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH…….

……

……

……

……

---

16. INFORMACJA O KWOTACH PRZYZNANYCH ZE ŚRODKÓW PFRON w okresie ostatnich 3 lat przed datą złożenia wniosku:

1. Czy wnioskodawca otrzymał dofinansowanie ze środków PFRON: * TAK/ NIE

Cel na który zostało przyznane dofinansowanie	**Nr umowy i data zawarcia**	**Data przyznania dofinansowania**	**Termin rozliczenia**

17. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA

A) *NAZWA ZADANIA*

…….

…….

B) *CEL DOFINANSOWANIA (uzasadnienie wniosku)*……...

……..

……..

C) *GŁÓWNY CEL ZADANIA* ……

……..

……..

…….

D) *SZCZEGÓŁOWY ZAKRES ZADANIA (szczegółowy program merytoryczny)*

…….

…….

…….

…….

E) *PRZEWIDYWANE EFEKTY* ……..

…….

…….

…….

F) *RODZAJ ZADANIA*

☐ ZADANIE SPORTOWE ☐ ZADANIE KULTURALNE

☐ ZADANIE TURYSTYCZNE ☐ ZADANIE REKREACYJNE

G) *MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA*

……

…….

…….

H) *PRZEWIDYWANY KOSZ REALIZACJI ZADANIA:* ……

(słownie złotych: ……)

I)*WYSOKOŚĆ KWOTY WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON:*……..

(słownie złotych:…….....)

(maksymalnie do 60% kosztów przedsięwzięcia)

J) *DEKLAROWANE ŚRODKI WŁASNE*…….....

(słownie złotych:…….....)

K) *UDOKUMENTOWANA INFORMACJA O INNYCH ŹRÓDŁACH FINANSOWANIA ZADANIA*……

…….

(słownie złotych:…….....)

I)*INFORMACJA O OGÓLNEJ WARTOŚCI NAKŁADÓW PONIESIONYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ NA REALIZACJĘ ZADANIA DO KOŃCA MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO MIESIĄC, W KTÓRYM SKŁADANY JEST WNIOSEK WRAZ Z PODANIEM DOTYCHCZASOWYCH ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA*:……

……

J) *TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA*…….....

……

……

K) *LICZBA UCZESTNIKÓW*: ……

w tym osób niepełnosprawnych:

do lat 18: ……powyżej lat 18……..

liczba niezbędnych opiekunów:

RAZEM OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH: …….…. co stanowi ……% ogólnej liczby uczestników

L) *INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU tj. WARUNKI LOKALOWE I TECHNICZNE DO REALIZACJI ZADANIA, KWALIFIKACJE KADRY*:……

……...…….…..

..……...……

…...……

O Ś W I A D C Z E N I A/ Z G O D Y

1. Oświadczamy, **iż posiadamy /nie posiadamy** * wymagalnych zobowiązań wobec PFRON (tj. takie zobowiązania, których termin zapłaty upłynął)
2. Oświadczamy, iż w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych **byliśmy/ nie byliśmy** * stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po naszej stronie.
3. Oświadczamy, iż dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.
4. Oświadczam, że Wnioskodawca **jest/ nie jest*** płatnikiem podatku VAT.
5. **Zgoda na przetwarzanie danych**

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a i c w związku z art. 9 ust.1,2 lit. a, b 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

☐ **Dobrowolnie wyrażam zgodę*** ☐ **Nie wyrażam zgody***

na przetwarzanie moich danych osobowych wynikających z wniosku, w celu dofinansowania ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych, przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Parkowa 28, 39-200 Dębica, jako administratora danych osobowych.

Administrator Danych Osobowych informuje, że osoba, której dane dotyczą, ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę poprzez przesłanie lub przekazanie pisemnego oświadczenia o wycofaniu zgody. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

*** - Właściwe zaznaczyć X**

....

Data **czytelny podpis** Wnioskodawcy/Pełnomocnika/Przedstawiciela ustawowego/Opiekuna prawnego

Informacje podawane w przypadku zbierania osobowych od osoby, której dane dotyczą

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 w zw. z art. 9 ust. 1, 2 lit. a, b 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 informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Parkowa 28, e-mail: sekretariat@pcprpowiatdebicki.pl zwany dalej Administratorem; Administrator prowadzi operacje przetwarzania danych osobowych.
2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych: e-mail: inspektor.odo@onet.pl
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu dofinansowania ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a i c w związku z art. 9 ust.1,2 lit. a i b Rozporządzenia (…)).
4. Dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych, podmiotów świadczących asystę i wsparcie techniczne dla systemów teleinformatycznych oraz takich instytucji jak bank, sprzedawca przedmiotu/ wykonawca usługi.
5. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
6. Dane osobowe będą przechowywane nie dłużej, niż jest to niezbędne dla osiągnięcia celu przetwarzania i przez okres wskazany przepisami prawa jak też archiwizacji.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do:

1) żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
2) przenoszenia danych,
3) wniesienia skargi do organu nadzorczego,
4) cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie.

8. Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
9. Dane osobowe nie podlegają profilowaniu.
10. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i częściową zgodą osoby, której dane dotyczą. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rzetelnej realizacji zadania ustawowego, w tym kontaktu telefonicznego/mailowego/wypłaty dofinansowania.

…… ……

data (Podpisy osoby (osób) upoważnionej/nych do reprezentowania Wnioskodawcy)

***niepotrzebne skreślić**

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO WNIOSKU

KALKULACJA ZADANIA /KOSZTORYS WYDATKÓW				
NAZWA ZADANIA				
Lp.	***WYDATKI SZCZEGÓŁOWE***	***KOSZT CAŁKOWITY***	***KOSZTY WŁASNE***	***PFRON***
1.				
2				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
	RAZEM			

……

(data i podpisy osoby (osób) upoważnionej/nych do reprezentowania Wnioskodawcy)

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

NAZWA ZAŁĄCZNIKA	ZAŁĄCZONO DO WNIOSKU*	UZUPEŁNIONO*	DATA UZUPEŁNIENIA
Aktualny **wypis z rejestru sądowego** (ważny 3 miesiące)			
Statut/umowa spółki			
Dokumenty **potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 la**t przed dniem złożenia wniosku (np. sprawozdanie)			
Sposób reprezentacji Wnioskodawcy (pełnomocnictwa)			
Potwierdzenie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach (w formie załącznika do wniosku)			
Oświadczenie Wnioskodawcy, o nieposiadaniu wymagalnych **zobowiązań wobec PFRON** (,,Oświadczenia" we wniosku)			
Oświadczenie Wnioskodawcy, **iż w ciągu ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku** o dofinansowanie ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych **był/ nie był/ stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie** (,,oświadczenia" we wniosku)			
Szczegółowy program merytoryczny zadania: nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania			
Dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu (wniosek)			
Kalkulacja zadania / kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania (stanowi załącznik nr 1 do wniosku)			
Udokumentowane zapewnienia odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania (pozycja we wniosku)			
Oferty cenowe na sprzęt będący przedmiotem dofinansowania lub kosztorys przedsięwzięcia w przypadku ubiegania się o dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych (odrębny załącznik do wniosku)			
Informacja czy wnioskodawca jest/nie jest/ płatnikiem VAT (,,oświadczenia" we wniosku)			
Informacja o zatrudnionej kadrze rehabilitacyjnej (pozycja we wniosku)			
Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, sporządzona zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców (*wymagana gdy wnioskodawcą jest przedsiębiorca)*			
Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej *(wymagana gdy wnioskodawcą jest pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej)*			
Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku *(wymagana gdy wnioskodawcą jest pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej)*			

*Proszę zaznaczyć ,,x" jeżeli załącznik dołączono do wniosku

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:

Dębica, dnia …… Wypełnia (PCPR) …….....