Załącznik nr 7 do zarządzenia

Data wpływu ……. Nr sprawy .....
(wypełnia PCPR) *(wypełnia PCPR)*

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

dla:
- osób prawnych
- jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

Część A: Informacje o Wnioskodawcy

1. Pełna nazwa podmiotu:
……..
……

2.Siedziba:
……
……

3. Adres:
……
……

4.Tel/fax:
……

5. Osoby uprawnione do reprezentowania wnioskodawcy w sprawie:

(pieczątka imienna) *(podpis)*	*(pieczątka imienna* *(podpis)* .....

Dane osoby/osób uprawnionych do reprezentowania wnioskodawcy w sprawie :

Imię..... Nazwisko.....

Seria i nr dowodu osobistego.....wydany w dniu.....

przez.....

PESEL……..

Adres zamieszkania: pobyt stały:.....

pobyt czasowy:……

6. Status prawny i podstawa działania:

……

……

7. Nr NIP:…… 8. REGON……

9. Nazwa banku ……

10. Nr rachunku bankowego:

11. Nr rejestru sądowego:

……

12. Data wpisu do rejestru sądowego:

……

13 Organ założycielski:

……

14. Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON: Tak ☐ Nie ☐

15.Podstawa ewentualnego zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON:

……

16. Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON:

Tak: ☐ …….Nie: ☐

17. Kwota zaległości:

……

18. Czy wnioskodawca jest płatnikiem podatku VAT: Tak ☐ Nie ☐

19. Czy Wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2013 r. poz. 672 z późn. zm.):

Tak ☐ Nie ☐

20. Czy wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:

Tak ☐ …….. Nie ☐

21. Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy:

……

……

22. Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:

……

……

……

23. Charakterystyka działalności Wnioskodawcy:

……

……

……

24. Informacja o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych:

a) liczba zatrudnionych osób ogółem:…….. etatów
b) liczba zatrudnionych osób niepełnosprawnych…… etatów
c) wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych……%

25. Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:

☐ zawodowej ☐ leczniczej ☐ społecznej

26. Informacje o wcześniejszym korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie ze środków PFRON				Tak: **X**	Nie
Cel /nazwa zadania ustawowego lub nazwa programu	Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Kwota przyznana	Stan rozliczenia*)	

* rozwiązanie umowy z przyczyn leżących po stronie podmiotu / w trakcie rozliczania / rozliczona / nie rozliczona

<u>Część B: Informacja o przedmiocie dofinansowania:</u>

1. Przedmiot dofinansowania:

……

……

……

……

2. Przewidywany koszt realizacji zadania:

Lp.	Szczegółowy wykaz wydatków związanych z realizacją wnioskowanego zadania	Przewidywana kwota brutto w zł
	Koszt realizacji zadania ogółem:	

3. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:

cyframi:.....słownie:.....zł

co stanowi .....% ceny brutto. **(maksymalne dofinansowanie ze środków PFRON wynosi 60% wartości kosztów przedsięwzięcia).**

Uwaga: Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

4. Deklarowane środki własne:

cyframi:…… słownie:.....zł

5. Inne źródła finansowania zadania ogółem:

cyframi:…… słownie:……zł
w tym:

a) ……

b) ……

6. Miejsce realizacji zadania:

……

……

……

7.Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

……

8. Rodzaj imprezy:

☐ sportowa ☐ kulturalna ☐ turystyczna ☐ rekreacyjna

9. Liczba uczestników:……

w tym: - osób niepełnosprawnych:……

- do lat 18:……

- powyżej 18 lat:……

10. Program merytoryczny imprezy:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

11. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizacje zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

……

……

……

……

……

12. Cel dofinansowania:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

13. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

14. Załączniki wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika	**Załączono do wniosku** tak / nie	Uzupełniono tak / nie	Data uzupełnienia
		(wypełnia pracownik PCPR)	
1. Aktualny wypis z rejestry sądowego (ważny 3 miesiące)			
2. Statut			
3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)			
4. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach			
5. 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			
6. Udokumentowana informacja o środkach własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON			
7. Dokumenty potwierdzające zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania			

W przypadku podmiotów prowadzących działalność gospodarcza w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2013 r. poz. 672 z późn. zm.):

Nazwa załącznika	**Załączono do wniosku** tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		(wypełnia pracownik PCPR)	
1. zaświadczenia o pomocy *de minimis* otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzającego lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy *de minimis* w tym okresie			
2. informacje o każdej pomocy innej niż *de minimis*, jaką otrzymano w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związaną pomoc *de minimis*			

W przypadku pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej:

Nazwa załącznika	**Załączono do wniosku** tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		(wypełnia pracownik PCPR)	
1. potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej			
2. informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku			
3. zaświadczenia o pomocy *de minimis* otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzającego lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy *de minimis* w tym okresie			
4. informacje o każdej pomocy innej niż *de minimis*, jaką otrzymano w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związaną pomoc *de minimis*			

Warunkiem ubiegania się o dofinansowane organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych jest:
- prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku,

- udokumentują zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania,

- udokumentowanie posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nie objętej dofinansowaniem ze środków PFRON.

<u>OŚWIADCZENIA:</u>

I. Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot ma / nie ma zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

II. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot był / nie był stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po jego stronie.

III. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

IV. KLAUZULA INFORMACYJNA OBOWIĄZUJĄCA W POWIATOWYM CENTRUM POMOCY RODZINIE W STRZYŻOWIE

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016r.), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie, mające swoją siedzibę przy ul. Parkowa 7, 38-100 Strzyżów (nr telefonu kontaktowego:

(17) 22-11-440, fax. (17) 27-61-040, adres poczty elektronicznej email: pcpr@strzyzow.un.pl, Inspektor Ochrony Danych - iod@pcprstrzyzow.pl);

2. Pozyskane dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów prawa wynikającego z art. 6 ust.1 lit c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO – (tj. rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych - na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz przepisów wykonawczych do ww. ustawy);
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (tj. realizacji zadań wynikających z zakresu działalności instytucji);
4. Podanie danych osobowych do spełnienia w/w celu jest wymagane, ponieważ wynika z przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wszczęcia postępowania administracyjnego i realizacji ustawowych zadań ciążących na administratorze;
5. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, wynikające z przepisów prawa zawartych w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt obowiązującym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie, przez okres wymagany w związku z kategorią archiwalną. Ponadto okres przechowywania może się wydłużyć np. z uwagi na sytuację dochodzenia roszczeń;
6. Administrator może przekazać Pani/Pana dane innym odbiorcom. Odbiorcą danych mogą być podmioty uzyskujące dostęp do Pani/Pana danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
7. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych w rozumieniu RODO;
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne;
9. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. *Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych)*, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże w przypadku nie udzielenia zgody na ich przetwarzanie nie będzie mogła/mógł Pani/Pan realizować swoich praw wynikających z trybu postępowania przy rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych.

Oświadczam, że zrozumiałem wszystkie informacje wyżej podane i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w treści niniejszego wniosku oraz w zakresie niezbędnych potrzeb wynikających z trybu postępowania przy rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych.

Miejscowość…… data…… .....

(podpisy osób uprawnionych do reprezentacji wnioskodawcy)