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

nr wniosku

data wpływu wniosku

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

pieczątka Wnioskodawcy

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji

Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych w roku....................

Podstawa prawna: art. 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U.2021.573) oraz rozporządzenie 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 (Dz.U.2015.926.).

Część A: Dane i informacje o Wnioskodawcy

I.A. Nazwa i adres Wnioskodawcy

|  |
| --- |
| Pełna nazwa (siedziba i adres) |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Nr posesji | Ulica | Gmina |
|  |  |  |  |  |
| Powiat | Województwo | Nr telefonu | Nr fax | e-mail |

II.A. Osoby uprawnione do reprezentacji wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

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

 podpis i pieczątka podpis i pieczątka

**III.A Informacje o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych**

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

**IV. A. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON**

|  |  |
| --- | --- |
| Czy wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON\* | Tak: □ Nie □  |
| W przypadku zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON podać podstawę prawną |  |
| Czy wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON\* | Tak: □ Nie □ |
| Kwota zaległości (na dzień złożenia wniosku) |  zł |

V. A. Informacje o stanie prawno-finansowym wnioskodawcy

|  |
| --- |
| Zakres terytorialny działania wnioskodawcy:\* lokalny ogólnopolski |
|  |  |
| Status prawny | REGON |
|  |  |
| Nr rejestru sądowego | Data wpisu do rejestru sądowego |
|  |  |
| Organ założycielski | Nr identyfikacji NIP |
|  |  |
| Nazwa banku | Nr rachunku bankowego |
| Czy wnioskodawca jest płatnikiem podatku VAT:\* tak: □ nie: □Źródła finansowania działalności wnioskodawcy:  |

VI.A. Informacje o prowadzonej przez wnioskodawcę działalności na rzecz osób niepełnosprawnych

|  |  |
| --- | --- |
| Cel działania, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje |  |
| Teren działania (nazwa powiatu, nazwa gminy, nazwa województwa) |  |
| 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 i jej kwalifikacje |  |

VII. A. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

|  |
| --- |
| Czy wnioskodawca korzystał ze **ś**rodków PFRON (z ostatnich 3 lat): Tak/Nie |
| Cel(nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu celowego w ramach którego przyznanego została pomoc) | Nr i data zawarcia umowy | Kwota przyznana | Termin rozliczenia | Kwota rozliczona |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Razem : | **x** |  | **x** |  |

Załączniki (dokumenty) wymagane do Części A wniosku

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa załącznika | Załączono do wniosku (wypełnia urząd) | Data uzupełnienia |
| 1 | Aktualny odpis z Rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej | Tak/Nie |  |
| 2 | Aktualny Statut | Tak/Nie |  |
| 3 | Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych co najmniej 2 lata | Tak/Nie |  |
| 4 | Sposób reprezentacji (z mocy ustawy, wpis w rejestrze sądowym, pełnomocnictwo) | Tak/Nie |  |
| 5 | Udokumentowanie posiadania rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach | Tak/Nie |  |
| 6 | Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców - dotyczy przedsiębiorców i pracodawców prowadzących Zakład Pracy Chronionej | Tak/Nie |  |
| 7 | Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej - dotyczy pracodawców prowadzących Zakład Pracy Chronionej przedsiębiorców i pracodawców prowadzących Zakład Pracy Chronionej | Tak/Nie |  |
| 8 | Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku -dotyczy pracodawców prowadzących  | Tak/Nie |  |
| 9 | Inne dokumentya) b) c)  |  |  |

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części A wniosku

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

*Pieczątka i podpis pracownika urzędu, data*

Część B: Informacje o przedmiocie wniosku

I. B. Opis zadania: nazwa, cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania

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

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

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

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

|  |
| --- |
| Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie: |
| Imprezy integracyjnej □ | Zakupu sprzętu sportowego □ |
|  | sportowej | kulturalnej |  |  |
|  | turystycznej | rekreacyjnej |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| Liczba uczestników (w tym niezbędnych opiekunów):  |  |
| w tym osóbniepełnosprawnych :  | do lat 18:  | powyżej lat 18:  |
| razem osób niepełnosprawnych:  | co stanowi % ogólnej liczby uczestników |

II. B. Miejsce realizacji zadania

………………………………………………………………………………………………….

III.B. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

…………………………………………………………………………………………………

IV. B. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

V. B. Pozafinansowy wkład własny w realizację zadania (np. praca wolontariuszy)

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………..

VI. B. Dodatkowe uwagi lub informacje

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

VII.B. Wartość kosztorysowa przedsięwzięcia

|  |
| --- |
| A. Przewidywany łączny koszt realizacji przedsięwzięcia zł |
| B. Własne środki przeznaczone na realizację przedsięwzięcia zł |
| C. Inne źródła finansowania ogółem, w tym - z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON):a) publiczne złb) niepubliczne zł |
| D. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: złKwota słownie: ………………………………………………………………………zł |

Załączniki (dokumenty) wymagane do Części B wniosku:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa załącznika | Załączono do wniosku\* (wypełnia urząd) | Data uzupełnienia |
| 1 | Nazwa, miejsce, szczegółowy przebieg imprezy - program merytoryczny imprezy | Tak/Nie |  |
| 2 | Dokument potwierdzający posiadanie środków własnych w wysokości nieobjętej dofinansowaniem : oświadczenie w tej sprawie lub kserokopia wyciągu bankowego, potwierdzona za zgodność z oryginałem | Tak/Nie |  |
| 3 | Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania | Tak/Nie |  |
| 4 | Lista osób uczestniczących w imprezie wraz podaniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności, organu wydającego orzeczenia, nr PESEL | Tak/Nie |  |
| 5 | Inne dokumentya) b) c) d)  | Tak/Nie |  |

\* właściwe zaznaczyć

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części A wniosku

pieczątka imienna, podpis pracownika urzędu, data

Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot zobowiązuje się do pokrycia udziału własnego w kosztach realizacji zadania.

Oświadczam, że posiadam/zabezpieczę\* odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji imprezy, zgodnie z ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1062).

Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi imprezy/zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi imprezy\*.

Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składania fałszywych zeznać wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - kodeks karny (Dz.U.2020.1444 t.j.) oświadczam, że informacje zawarte w części A i B wniosku oraz w załącznikach do wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować w ciągu 14 dni.

UWAGA! Podanie przez wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą skutkuje przekazaniem wniosku do archiwum bez rozpatrzenia.

|  |
| --- |
| Osoby uprawnione do zaciągania zobowiązań i reprezentowania Wnioskodawcy |
| 1. Imię i nazwisko |  |
| - Stanowisko |  |
| 2. Imię i nazwisko |  |
| - Stanowisko |  |
| Data wypełnienia wniosku : |
| Podpisy i pieczęcie osób uprawnionych do zaciągania zobowiązań i reprezentowaniaWnioskodawcy |
| 1. | 2. |

UWAGA! 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 należy w odpowiedniej rubryce wpisać „ W załączeniu - załącznik nr." czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

(pieczęć wnioskodawcy)

Oświadczam, że ……………………………….

(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest ………………………………

(adres wnioskodawcy)

jest / nie jest\* pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej.

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz.U.2020.1444 t.j.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

Jeżeli wnioskodawca jest ZPCH dołącza do wniosku:

1. potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
2. informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku,
3. informację o pomocy publicznej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

\* niepotrzebne skreślić

(pieczęć wnioskodawcy)

Oświadczam, że ………………………………

(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest ………………………………

(adres wnioskodawcy)

jest / nie jest\* przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz. U.2021.162. t.j.).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz.U.2020.1444 t.j.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

Jeżeli wnioskodawca jest przedsiębiorcą należy dołączyć do wniosku informację o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami ustawy o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

\* niepotrzebne skreślić

(pieczęć wnioskodawcy)

Oświadczam, że

(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest

(adres wnioskodawcy)

jest / nie jest\* płatnikiem VAT w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. - o podatku od towarów i usług (Dz. U.2021.685. t.j.)

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz.U.2020.1444 t.j.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

\* niepotrzebne skreślić

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH W POWIATOWYM CENTRUM POMOCY RODZINIE W KOSZALINIE**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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) informuję, że:

**1.** Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Koszalinie przy ulicy Racławickiej 13**, reprezentowane przez **Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Koszalinie** (zwane dalej Centrum);

**2.** Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych (IOD) w Centrum – **Anna Darnielewicz**, e-mail: iod.pcpr@powiat.koszalin.pl

**3.** Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu **realizacji złożonego wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**, na podstawie **art. 35a ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz § 2 i § 11 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.**

**4.** Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą: nie dotyczy

**5.** Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat

**6.** Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (\*jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

**7.** Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO);

**8.** Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym

Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia

**9.** Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Klauzula zgody

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a 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) (Dz. Urz. UE L 119
z 4.05.2016), zwanego dalej RODO, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

…………………………………………………………………

 czytelny podpis