

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## 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:	
Poczta:	
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:	
Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	
REGON:	

<b>NIP:</b>	
<b>Podstawa działania:</b>	
<b>Sektor finansów:</b>	<input type="checkbox"/> publicznych <input type="checkbox"/> niepublicznych
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

### INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Czy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:</b>	
<b>Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:</b>	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Podstawa prawna:</b>	
<b>Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>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)?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak



**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU****I. PRZEDMIOT WNIOSKU**

Nazwa 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:	

**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****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
Razem:				
Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:				

Data, pieczętki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

## LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

### Lista

1. Aktualny wypis z rejestru sądowego / ważny 6 miesięcy/
2. Statut.
3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)
4. Oświadczenie o posiadaniu konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach.
5. Oświadczenie wnioskodawcy o braku wymagalnych zobowiązań wobec PFRON
6. Klauzula informacyjna
7. Oświadczenie o liczbie uczestników imprezy, w tym niepełnosprawnych mieszkańców Powiatu Krośnieńskiego.
8. Uaktualniony program merytoryczny, kosztorys wydatków oraz lista niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z kopią orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - dostarczona w terminie 14 dni przed rozpoczęciem imprezy. W przypadku imprez masowych - lista uczestników niepełnosprawnych z powiatu krośnieńskiego wraz z oświadczeniem o posiadanym stopniu niepełnosprawności.
9. Przedsiębiorca do wniosku dołącza:
  - a) zaświadczenie o pomocy publicznej udzielonej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe lub oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy publicznej w tym okresie,
  - b) informację o każdej pomocy innej niż publiczna jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą.
10. Pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej do wniosku dołącza:
  - a) potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
  - b) informację o wysokości i sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku
  - c) informację, o której mowa w pkt 9.

.....  
miejsowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

.....  
(data)

.....  
.....  
(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Pieczęć wnioskodawcy	Data, pieczętki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy



.....  
miejsowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

.....  
(data)

.....  
(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

**Posiada następujący rachunek bankowy/ rachunki bankowe:**

Nazwa pola	Wartość
<b>1. Nazwa banku</b>	
Nr rachunku bankowego	
Informacja o ewentualnych obciążeniach	
<b>2. Nazwa banku</b>	
Nr rachunku bankowego	
Informacja o ewentualnych obciążeniach	

Pieczęć wnioskodawcy	Data, pieczętki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy

.....  
miejsowość i data

## OŚWIADCZENIE

.....  
.....  
(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

Oświadczam co następuje:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
**Prawdziwość oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności przewidzianym w art. 233 § 1 k.k. za złożenie fałszywego oświadczenia.**

Pieczęć wnioskodawcy	Data, pieczętki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 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 (Dz.U.UE.L.2016.119.1), zwane dalej RODO

**informuję, że:**

- 1) Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krośnie reprezentowane przez Dyrektora z siedzibą przy ul. Bieszczadzka 1, 38-400 Krosno, dane kontaktowe: sekretariat@pcprkrosno.pl, tel.: 13 43 75 732;
- 2) Inspektorem Ochrony Danych w PCPR jest Pan Jaromir Kranc. Jest to osoba, z którą można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych: e-mail: iodo@powiat.krosno.pl, tel: 13 43 75 831, pisemnie na adres siedziby Administratora;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie obowiązku prawnego, który ciąży na Administratorze (art. 6 lit. c i 9 ust. 2 RODO) – w zakresie realizacji zadań z zakresu pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r., poz. 1283 ze zm.), ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r., poz. 44 ze zm.), ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r., poz. 917);
- 4) Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych poprzez wprowadzenie wniosku do Systemu Obsługi Wsparcia (SOW) oraz mogą być przekazywane innym organom publicznym i podmiotom przetwarzającym dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów (np. Sąd, Policja, Starostwo Powiatowe oraz poczcie w celu zapewnienia korespondencji i bankom w celu realizacji przelewów), a także podmiotom działającym na zlecenie administratora takim jak dostawcy usług informatycznych, przy czym zakres przetwarzania ograniczony jest wyłącznie do zakresu związanego z realizacją zadań w tych systemach;
- 5) osobom, których dane osobowe są przetwarzane przysługuje prawo do żądania od Administratora dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 6) w przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ww. ogólnego rozporządzenia przysługuje Pani/Panu prawo złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa);
- 7) będziemy przechowywać Państwa dane osobowe do chwili załatwienia sprawy, w której zostały one zebrane a następnie w celach archiwalnych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz instrukcją kancelaryjną, jednolitym rzeczowym wykazem akt oraz instrukcją o organizacji i zakresie działania archiwum zakładowego obowiązującą w PCPR – przez czas określony w tych przepisach (minimum 10 lat - kat. B10);
- 8) podanie danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa, w pozostałych przypadkach podawanie danych osobowych ma charakter dobrowolny;
- 9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.