**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki   
osób niepełnosprawnych**

Do wniosku należy załączyć**:**

1. Aktualny wypis z rejestru sądowego (ważny 3 miesiące).
2. Statut, regulamin lub umowa spółki.

Odbiorcami uprawnionymi do złożenia wniosku są:

Osoby prawne i jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej spełniające łącznie następujące warunki:

a) prowadzą działalność statutową na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku,

b) udokumentują zapewnienie odpowiednich do osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych realizacji zadania,

c) udokumentują posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nie objętej dofinansowaniem ze środków PFRON.

Wnioski przyjmowane są do dnia **30 listopada roku** poprzedzającego rok realizacji zadania.

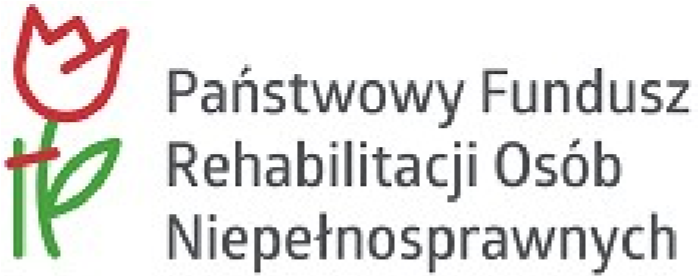
Każdy projekt dotyczy wyboru jednego obszaru działania osób niepełnosprawnych tj.: sportu, kultury, rekreacji lub turystyki.

Zasięg czasowy trwania realizacji zadania **od 06 maja do 20 grudnia 2024 roku.**

**UWAGA:**

**Priorytetem w roku 2024 będą projekty dotyczące sportu osób niepełnosprawnych.**

**Wnioski należy wypełniać komputerowo.** Formularz edytowalny będzie dostępny na stronie internetowej naszej jednostki pod adresem: [www.pcpr.glogow.pl](http://www.pcpr.glogow.pl).

****

**Data wpływu:**

**Nr sprawy: NP.4103. .2023**

# 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:** |  |

### OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Pesel:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Poczta:** |  |

### 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 | Funkcja |
|  |  |

### II. INFORMACJE DODATKOWE

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Status prawny:** |  |
| **Nr rejestru sądowego:** |  |
| **Data wpisu do rejestru sądowego:** |  |
| **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 de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:** |  Nie  Tak |
| **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)?:** |  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 zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje:** |  |
| **Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością 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 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 i pieczęć wnioskodawcy* |
|  |

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Załącznik nr 1

ZGODA

**Wyrażam/nie wyrażam** zgody na wykorzystanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Głogowie   
ul. Słowiańska 13, 67-200 Głogów, numerutelefonu w celach kontaktowych związanych ze złożonym wnioskiem.

…….………………………….…………….  
*Data, podpis osoby składającej wniosek*

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 ( RODO), informujemy że:*

* Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Głogowie,   
  ul. Słowiańska 13, 67-200 Głogów.
* W sprawach związanych z Pani/Pana danymi osobowymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD): tel. 76 300 01 40, e-mail iodo@amt24.biz
* Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia złożonego wniosku oraz w celach kontaktowych związanych z w/w wnioskiem.
* Podstawą przetwarzania danych osobowych jest:
* art. 6 pkt 1 lit. c RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego   
  na administratorze,
* ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób   
  niepełnosprawnych,
* 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,
* art. 6 pkt 1 lit a RODO – osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów – zgoda dotyczy numeru telefonu lub adresu e-mail.
* Odbiorca lub kategorie odbiorców: Podmioty upoważnione na podstawie zawartych umów powierzenia oraz uprawnione na mocy obowiązujących przepisów prawa.
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane. W szczególności dane mogą być również przetwarzane przez wynikający z przepisów prawa okres związany z dochodzeniem i przedawnieniem roszczeń.
* Posiada Pani/Pan prawo: prawo do edycji, wglądu, informacji o źródle pozyskania, sprzeciwu na dalsze   
  przetwarzanie, a także prawo do bycia zapomnianym, chyba że w przepisach prawa wyraźnie wskazano inaczej lub żądanie stoi w sprzeczności z prawnie uzasadnionym interesem Administratora.
* Ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody dotyczącej numeru telefonu lub adresu e-mail w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej   
  cofnięciem.
* Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, w Polsce jest nim Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 913 Warszawa.
* Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państw trzecich (tj. państw spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego obejmującego Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię) lub do organizacji międzynarodowych.
* Podanie danych jest wymogiem ustawowym i jest niezbędne do realizacji tego wniosku.
* Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku.

Załącznik nr 2

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

miejscowość i data

## OŚWIADCZENIE

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 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *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.

Załącznik nr 3

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

miejscowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

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

(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

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

(adres wnioskodawcy)

 **jest**  **nie jest**

przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 19 listopada 1999 r. – Prawo o działalności gospodarczej (Dz. U. nr 101, poz. 1178 z późn. zm.).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *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.

Załącznik nr 4

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

miejscowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

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

(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

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

(adres wnioskodawcy)

 **jest**  **nie jest**

Płatnikiem podatku VAT w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. - o podatku od towarów i usług (Dz. U. nr 54, poz. 535 z późn. zm.).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy* |
|  |  |

Załącznik nr 5

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

miejscowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

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

(data)

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

(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz wobec Urzędu skarbowego.

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *Data, pieczątki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy* |
|  |  |

Załącznik nr 6

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

miejscowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

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

(data)

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

(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **1. Nazwa banku** |  |
| Nr rachunku bankowego |  |
| Informacja o ewentualnych obciążeniach |  |
| **2. Nazwa banku** |  |
| Nr rachunku bankowego |  |
| Informacja o ewentualnych obciążeniach |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *Data, pieczątki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy* |
|  |  |

Załącznik nr 7

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

miejscowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

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

(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

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

(adres wnioskodawcy)

Zapewni odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe w celu realizacji zadania.

Posiada środki własne lub pozyskane z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu.

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *Data, pieczątki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy* |
|  |  |

## WYPEŁNIA PCPR

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów

|  |  |
| --- | --- |
| *Data* | *Podpis pracownika PCPR* |
|  |  |

### Ocena formalna wniosku

 **pozytywna**  **negatywna**

|  |  |
| --- | --- |
| *Data* | *Podpis pracownika PCPR* |
|  |  |

#### Uzasadnienie (w przypadku negatywnej oceny formalnej)