**Data wpływu**…………………………. **** 

(wypełnia pracownik PCPR)

Nr wniosku **PFRON/ SKRiT / ……… / ………..**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków PFRON**

**do organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych**

( proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

**CZĘŚĆ A: Informacje o Wnioskodawcy**

1. **Nazwa i adres Wnioskodawcy:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pełna nazwa: | | | | | | | | |
|  |  |  | - |  |  |  |  |  |
| Miejscowość | Kod pocztowy | | | | | | Ulica | Nr domu |
|  | | | | | | |  | |
| Powiat | | | | | | | Województwo | |
| Nr tel. : | | | | | | | Nr faxu: | |

1. **Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | Pełniona funkcja i podstawa upoważnienia |
| Imię i nazwisko | Pełniona funkcja i podstawa upoważnienia |

**…................................................................................. ….....................................................................................**

**pieczątka imienna i podpis pieczątka imienna i podpis**

**3. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Status prawny: |  | | |
| 22. | REGON: |  | | |
| 3. | Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej: |  | | |
| 4. | Data wpisu do rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej: |  | | |
| 5. | Organ założycielski: |  | | |
| 66. | Nr identyfikacyjny NIP: |  | | |
| 7. | Nazwa banku: |  | | |
| 8. | Nr konta bankowego: |  | | |
| 9. | Czy wnioskodawca jest płatnikiem VAT: | □ tak □ nie | | |
| 10. | Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy |  | | |
| 11. | Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy: m.in.: cel działania, teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje, |  | | |
| 12. | Wnioskodawca prowadzi działalności na rzecz osób niepełnosprawnych od: | ………..…......................... roku | | |
| 13. | Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji: | □ zawodowej | □ leczniczej | □ społecznej |
| 14. | Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu) w tym: | **do lat 18:**  **...................** | **powyżej lat 18:  .................** | **razem:**  **...............** |

1. **Informacja o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON? | □ tak □ nie |
| 2. | W przypadku zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON proszę podać podstawę prawną : |  |
| 3. | Czy Wnioskodawca ma zaległości wobec PFRON? | □ tak,  kwota zaległości: ……..... |
| □ nie |
| 4. | Wnioskodawca był w okresie trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy. | □ tak □ nie |

**5. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ostatnich trzech latach ? | □ tak □ nie |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. | Nr i data zawarcia umowy | Kwota | Cel | Termin rozliczenia | Stan rozliczenia | Źródło: *PFRON samorząd powiatowy* |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. | Syntetyczny opis efektów przyznanego i wykorzystanego dofinansowania |
| ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ | |

**6.Informacja o korzystaniu z pomocy *de minimis*:**

|  |  |
| --- | --- |
| Czy Wnioskodawca korzystał z pomocy *de minimis* w bieżącym roku kalendarzowym oraz dwóch poprzedzających go latach: | □ tak □ nie |

**Część B: Informacje o przedmiocie wniosku**

|  |
| --- |
| **1. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:** |
| ............................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................  ...........................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................ |

**2. Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia:**

|  |
| --- |
| Przewidywany koszt realizacji zadania: ……………………… zł.  (słownie): ……………………………………………………………………………….............................................. |
| Deklarowane własne środki: ………….. zł. Słownie: ………………………………………………………………. |
| Inne źródła finansowania: …………….. zł słownie: …………………………………………………………………. |

**3. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:** ...................................................... zł

(słownie złotych): ...................................................................................................................................................

( do 60% kosztów zadania )

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie przedsięwzięcia: | □ sportowego | | □ rekreacyjnego | | □ turystycznego | | □ kulturalnego |
| **Termin imprezy:** |  | | | | | | |
| **Miejsce imprezy:** |  | | | | | | |
| **Liczba uczestników ogółem :** | |  | | | | | |
| w tym: liczba uczestników niepełnosprawnych ogółem | | | |  | | | |
| a) liczba osoby niepełnosprawne : | | do lat 18: ......................... | | | | powyżej lat 18: ....................... | |
| b) liczba mieszkańców wsi: | |  | | | | | |
| c) liczba kobiet: | |  | | | | | |

**4. Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku:**

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

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

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

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

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

**5. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych** (wskazać liczbę osób niepełnosprawnych korzystających z efektów zadania, w tym liczbę osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności):

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

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

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

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

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

**6. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych i kadrowych wskazujących na możliwość wykonania zadania:**

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

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

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………

**7.Informacja o zatrudnieniu wykwalifikowanej kadry niezbędnej do właściwego wykonania zadania:**

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

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

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

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

**Część C: Załączniki wymagane do wniosku**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa załącznika | Załączono do wniosku  **tak/nie** | Uzupełniono  tak/nie | | | Data  uzupełnienia |
|  |  | ***/wypełnia pracownik PCPR /*** | | | |
| 1. Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej /ważny 3 miesiące/ |  |  |  | |  |
| 2. Statut |  |  |  | |  |
| 3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo) |  |  |  | |  |
| 4. Oświadczenia pełnomocników o zgodzie na wykorzystanie danych osobowych, koniecznych do realizacji zadania. |  |  |  | |  |
| 5. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją   o ewentualnych obciążeniach / zaświadczenie z banku / |  |  |  | |  |
| 6. Oświadczenie wnioskodawcy, że nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i nie był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie |  |  |  | |  |
| 7. Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania - program merytoryczny przedsięwzięcia oraz listę osób niepełnosprawnych biorących udział w przedsięwzięciu wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności oraz miejsca zamieszkania uczestników |  |  |  |  | |
| 8. Udokumentowanie informacji o innych źródłach finansowania realizacji przedsięwzięcia objętego wnioskiem |  |  |  |  | |
| 9. Kosztorys wydatków związanych z realizacją przedsięwzięcia |  |  |  |  | |
| 10. Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych, przez okres co najmniej dwóch lat przed dniem złożenia wniosku |  |  |  |  | |
| 11**.** Dotyczy **podmiotów prowadzących działalność gospodarczą, - i**nformacja 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 |  |  |  |  | |
| 12. dotyczy **zakładów pracy chronionej:**  a)Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,  b) Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku,  c) 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. |  |  |  |  | |

**Część D: Kosztorys**

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

*(data i podpis osób uprawnionych do reprezentacji (data i podpis osób uprawnionych do reprezentacji  
 Wnioskodawcy) Wnioskodawcy)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Środki własne** | **Dofinansowanie PFRON** | **Wartość ogółem** | **Do weryfikacji**  **/wypełnia**  **PCPR/** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | |  |  |

**Część E: Oświadczenia dotyczące wniosku:**

* 1. **Oświadczam, że:**
* nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że nie byłam/em   
  w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
* posiadam środki finansowe w wysokości wystarczającej na pokrycie udziału własnego w realizacji zadania;
* Potwierdzam, że prowadzę działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres   
  co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.
* Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 kk w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 kpa za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

* Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie danych osobowych, w tym danych wrażliwych   
  w bazie danych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pruszczu Gdańskim przy ul. Prof. Mariana Raciborskiego 2A w celu realizacji zadań określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 ) zgodnie z przepisami art. 6 ust. 1 lit. a w związku z art. 4 pkt 1 oraz art. 9 ust. 2 lit. a w związku z art. 9 ust. 1 - 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), opublikowanym w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej Nr 119/1 z dnia 4 maja 2016 r.
* Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulami informacyjnymi sporządzonymi zgodnie z przepisem art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, które administrator danych osobowych – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pruszczu Gdańskim – udostępnił:

- na tablicy informacyjnej znajdującej się w jego siedzibie;

- na stronie internetowej PCPR pod adresem internetowym: <https://www.pcpr.powiat-gdanski.pl/>

* Zobowiązuję się przed zawarciem umowy przedstawić zaktualizowaną informację o pomocy de minimis lub innej pomocy publicznej przeznaczonej na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą otrzymanej

po złożeniu wniosku o dofinansowanie ze środków Funduszu. – dotyczy podmiotów prowadzących działalność gospodarczą,

**Uwaga:** **złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.**

**Koszty poniesione przed ewentualnym podpisaniem umowy nie podlegają dofinansowaniu.**

*...................................................................................... ......................................................................................*

*/data i podpis osób uprawnionych do reprezentacji /data i podpis osób uprawnionych do reprezentacji*

*Wnioskodawcy/ Wnioskodawcy/*

**Uwaga: w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek pozostanie bez rozpatrzenia.**

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, 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.

**Podstawa prawna: § 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 (t.j. Dz.U. z 2015 poz. 926)**