

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: .....	

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

Imię i nazwisko	Pełniona funkcja i podstawa upoważnienia
Imię i nazwisko	Pełniona funkcja i podstawa upoważnienia

.....  
pieczętka imienna i podpis

.....  
pieczętka imienna i podpis

### 3. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:

1.	Status prawny:			
2.	REGON:			
3.	Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:			
4.	Data wpisu do rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:			
5.	Organ założycielski:			
6.	Nr identyfikacyjny NIP:			
7.	Nazwa banku:			
8.	Nr konta bankowego:			
9.	Czy wnioskodawca jest płatnikiem VAT:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> zawodowej	<input type="checkbox"/> leczniczej	<input type="checkbox"/> społecznej
14.	Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu) w tym:	<b>do lat 18:</b> .....	<b>powyżej lat 18:</b> .....	<b>razem:</b> .....

#### 4. Informacja o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:

1.	Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.	W przypadku zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON proszę podać podstawę prawną :	
3.	Czy Wnioskodawca ma zaległości wobec PFRON?	<input type="checkbox"/> tak, kwota zaległości: .....
		<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

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

1.	Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ostatnich trzech latach ?					<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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 <i>de minimis</i> w bieżącym roku kalendarzowym oraz dwóch poprzedzających go latach:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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 )

<u>Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie przedsięwzięcia:</u>	<input type="checkbox"/> sportowego	<input type="checkbox"/> rekreacyjnego	<input type="checkbox"/> turystycznego	<input type="checkbox"/> kulturalnego
<b>Termin imprezy:</b>				
<b>Miejsce imprezy:</b>				
<b>Liczba uczestników ogółem :</b>				
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	Uzupełniono		Data
	tak/nie	tak/nie		uzupełnienia
		<i>/wypełnia pracownik PCPR /</i>		
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 <b>podmiotów prowadzących działalność gospodarczą</b> , - 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				
12. dotyczy <b>zakładów pracy chronionej</b> : 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**

Lp.	Nazwa	Środki własne	Dofinansowanie PFRON	Wartość ogółem	Do weryfikacji /wypełnia PCPR/
<b><u>Razem:</u></b>					

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

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

## **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 przeznaczony 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*  
*Wnioskodawcy/*

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