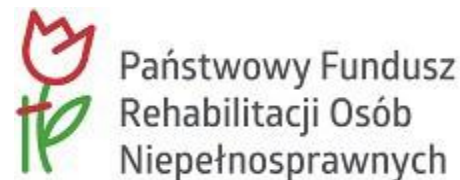


Data wpływu:

Nr sprawy:



**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
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	

### 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:	
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

<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>	♦ Nie ♦ Tak
<b>Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:</b>	♦ Nie ♦ Tak
<b>Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:</b>	♦ Nie ♦ Tak

### INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:</b>	
<b>Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje:</b>	
<b>Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:</b>	

### 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
<b>Cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:</b>	
<b>Liczba uczestników:</b>	
<b>W tym liczba opiekunów:</b>	
<b>Liczba osób niepełnosprawnych:</b>	
<b>Do lat 18:</b>	
<b>Powyżej 18 lat:</b>	
<b>Liczba mieszkańców wsi:</b>	
PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Planowane miejsce realizacji zadania:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji zadania:</b>	
<b>Termin zakończenia:</b>	

**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
<b>Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:</b>	

**II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
Słownie:	
<b>Własne środki przeznaczone na realizację zadania:</b>	

**Inne źródła finansowania ogółem**

z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Publiczne:</b>	
<b>Niepubliczne:</b>	

**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

#### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

#### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

#### PODPISANY WNIOSEK

Plik

.....  
pieczęć jednostki

Data .....

## OŚWIADCZENIE

W związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z zakresu sportu kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych zaplanowanych na rok ..... przez:

.....  
nazwa podmiotu

**świadomy(i) odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych ze stanem faktycznym (art. 233 § 1 kodeksu karnego ) oświadczam(y), że:**

1. W ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku **nie byłem** stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.
2. **Nie posiadam zaległości** wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. **Posiadam środki własne lub pozyskane** z innych źródeł niż PFRON na sfinansowanie organizowanego zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu.
4. **Prowadzę działalność** na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.
5. Jestem / nie jestem przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U.2021.1.62), a także nie jest/jestem płatnikiem podatku VAT\*.
6. **Zapewniam** odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe do realizacji zadania będącego przedmiotem wniosku.
7. **Zapewniam** fachową kadrę do realizacji zadania.
8. **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 o dofinansowanie ze środków Funduszu – **dotyczy podmiotów prowadzących działalność gospodarczą.**
9. Dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą. **O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**
10. **Wyrażam** zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych, którym jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek w celu ułatwienia kontaktu podczas prowadzenia postępowania w sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Informujemy, że powyższa zgoda może być w dowolnym momencie wycofana przez osobę, która jej udzieliła. Wycofanie zgody, nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Oświadczenie o wycofaniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej na podany wyżej adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku.

.....  
*Data i podpis osób uprawnionych  
do reprezentacji Wnioskodawcy*

\*niepotrzebne skreślić



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. z 2016 r. Nr 119 str.1) zwaną dalej RODO – informuję, iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku. Można się z nami skontaktować przesyłając korespondencję na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek, e-mail: pcprszczecinek@wp.pl, lub telefonicznie: 94 71 37 101.

2. W sprawach dotyczących przetwarzania przez nas danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować z inspektorem ochrony danych kierując korespondencję na ww. adres z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych, lub na adres e-mail: iod@powiat.szczecinek.pl.

3. Państwa dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, d, f oraz art. 9 ust. 2 lit. b, g i j RODO, w celu rozpatrzenia Państwa wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do **zadania Sport, Kultura, Rekreacja i Turystyka osób niepełnosprawnych** przyznawane Organizacją oraz Fundacją na podstawie odrębnych przepisów, a także przekazania oraz rozliczenia przyznanego dofinansowania, w związku z art. 35a pkt 7 lit. c ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r., poz. 100 z późn. zm.) oraz z przepisami 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 (tj. Dz.U. z 2015 r. poz. 1926 z późn. zm.) § 10, § 11 oraz § 13 pkt 2 ust 1, 2 lit a i b, pkt 3 i § 14; podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych będzie również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tzn. wyrażona przez Państwa zgoda na przetwarzanie danych osobowych, których podanie jest dobrowolne i nie wynika z wymogów prawa, cel przetwarzania tych danych osobowych będzie wskazywany każdorazowo w czasie uzyskiwania Państwa zgody.

4. Odbiorcą Państwa danych osobowych będą organy publiczne, jednostki lub inne podmioty, którym mogą być ujawnione dane, sprzedawcy, usługodawcy, kurierzy oraz operator pocztowy, w zakresie niezbędnym do doręczenia korespondencji.

5. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

6. Państwa dane osobowe będą przechowywane zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt przez okres 5 lat liczony w pełnych latach kalendarzowych począwszy od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia sprawy lub wymagań na podstawie ww. ustaw.

7. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania oraz w uzasadnionych przypadkach prawo do żądania ograniczenia przetwarzania, w odniesieniu do danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody przysługuje Państwu prawo do żądania usunięcia danych oraz prawo do przenoszenia danych.

8. Państwa dane osobowe nie będą wykorzystywane w procesie zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

9. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Państwo, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Państwa narusza przepisy rozporządzenia RODO.

10. W przypadku gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe, natomiast gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dotyczą, podanie przez Państwa danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.

### Zgoda przetwarzanie danych osobowych

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku jako administrator danych osobowych informuje, że niniejsza zgoda może być w dowolnym momencie wycofana przez osobę, która jej udzieliła. Wycofanie zgody, nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. W celu cofnięcia zgody należy skontaktować się z Administratorem i złożyć oświadczenie o wycofaniu wyrażonej uprzednio zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Ja niżej podpisana/-y

.....

*(imię i nazwisko)*

wyrażam zgodę na przetwarzanie, przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku, moich danych osobowych obejmujących:

numer telefonu: .....

*(jeżeli wyraża Pani/Pan zgodę proszę wpisać numer telefonu)*

adres e-mail: .....

*(jeżeli wyraża Pani/Pan zgodę proszę wpisać adres e-mail)*

cel przetwarzania: Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu ułatwienia kontaktu podczas prowadzenia postępowania oraz weryfikacji potrzeb wynikających z niepełnosprawności w sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zadania Sport, Kultura, Rekreacja i Turystyka.

.....

...

*Data i podpis*