**WNIOSEK**

o dofinansowanie

ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych

UWAGA: Wniosek należy wypełnić czytelnie, stawiając kreski w miejscach, których Wnioskodawca nie wypełnia. W częściach oznaczonych znakiem\* należy pozostawić nie skreśloną właściwą odpowiedź. Wniosek niekompletny lub błędnie wypełniony podlega zwrotowi. W przypadku nieusunięcia braków w ciągu 30 dni od daty zwrotu wniosku, wniosek pozostawiony będzie bez rozpatrzenia.

1. Nazwa Wnioskodawcy: ……………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………...

2. Adres siedziby: ……………………………………………………………………………….

3. Status prawny: ………………………………………………………………………………..

4. Podstawa działania: …………………………………………………………………………..

/podać rodzaj rejestru, w którym wpisany jest Wnioskodawca i nr wpisu/

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

/należy załączyć aktualny wypis z rejestru, w którym wpisany jest Wnioskodawca – poz. 1 Załączników/

5. Numer identyfikacji podatkowej NIP: ……………………………………………………….

6. Osoba(y) upoważniona(y) do prowadzenia sprawy:

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

/imię i nazwisko, adres/

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

/należy załączyć dokumenty, z których wynika umocowanie w/w osób doprowadzenia sprawy – poz. 2 Załączników/

7. Statutowe cele działania Wnioskodawcy: ……………………………………………………

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

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

/należy załączyć Statut Wnioskodawcy – poz. 3 Załączników/

8. Teren działania: ………………………………………………………………………………

9. Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością Wnioskodawcy: …………………..

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

10. Specjalistyczna kadra Wnioskodawcy jej kwalifikacje: ……………………………………

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

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

11. Znaczenie działalności Wnioskodawcy na rzecz osób niepełnosprawnych: ………………. …………………………………………………………………………………………….......... …………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………..

12. Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych: ……… ………………………………………………………………………………………………….

13. Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON\* TAK NIE

/jeśli tak należy wypełnić poniższą tabelkę/

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nr umowy | Kwota | Cel umowy | Data przyznania dofinansowania | Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |  |  |

14. Czy wnioskodawca terminowo realizuje zobowiązania wobec Funduszu i nie ma zaległości w tym zakresie?\* TAK NIE

15. Czy Wnioskodawca był stroną umowy zawartej z Funduszem, która została rozwiązana
z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy?\* TAK NIE

16. Czy Wnioskodawca jest przedsiębiorcą?\* TAK NIE

/jeśli TAK, do wniosku należy załączyć informację o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców – poz. 4 Załączników/

17. Czy Wnioskodawca prowadzi zakład pracy chronionej?\* TAK NIE

/jeśli TAK, do wniosku należy załączyć:

- potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej – poz. 5 Załączników,

- informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku – poz. 6 Załączników/

18. Przeznaczenie dofinansowania:\*

a) organizacja imprezy sportowej,

b) organizacja imprezy kulturalnej,

c) organizacji imprezy rekreacyjnej,

d) organizacja imprezy turystycznej,

Opis zadania: …………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

19. Miejsce realizacji zadania: ………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………….

20. Termin rozpoczęcia realizacji zadania i przewidywany czas jego realizacji: ……………… …………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………….

21. Liczba uczestników ogółem: ………………………………………………………………..

w tym osób niepełnosprawnych:

- powyżej lat 18: ………………………………………………………………………………...

- do lat 18: ……………………………………………………………………………………..

/należy załączyć imienną listę osób niepełnosprawnych uczestniczących w przedsięwzięciu ze wskazaniem ewentualnego stopnia niepełnosprawności – poz. 7 Załączników/

22. Wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek: …………………….; źródła ich finansowania: ……………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

23. Przewidywany koszt realizacji zadania / z wyłączeniem wartości nakładów już poniesionych, określonych w pkt 22/ wynosi: …………………………………………………………………. (słownie: ………………………………………………………………………………………) i obejmuje: …………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. /należy załączyć szczegółowy kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania – poz. 8 Załączników/

24. Źródła finansowania kosztów realizacji zadania określonych w pkt 23:

a) środki własne Wnioskodawcy: …………………………. zł, co stanowi ………………% ogólnych kosztów realizacji zadania określonych w pkt 23,

b) wnioskowane środki Funduszu: ………………………… zł, co stanowi ………………% ogólnych kosztów realizacji zadania określonych w pkt 23,

c) inne źródła: ………………………….. zł.

25. Źródła finansowania kosztów realizacji zadania w pkt 24 lit. a), czyli środki własne Wnioskodawcy pochodzą z: ……………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………..…

/powyższa informacja wymaga udokumentowania – poz. 9 Załączników/

26. Źródła finansowania kosztów realizacji zadania określone w pkt 24 lit c), czyli „inne źródła” pochodzące z : ……………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………. /powyższa informacja wymaga udokumentowania – poz. 10 Załączników/

27. Warunki lokalowe i techniczne, jakie zapewnia Wnioskodawca, niezbędne do realizacji zadania, odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych: …………………………………... …………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………….

/powyższa informacja wymaga udokumentowania – poz. 11 Załączników/

28. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych: ……………………. …………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………..…………………… ………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

29. Nazwa banku prowadzącego rachunek bankowy Wnioskodawcy i numer konta: ………… …………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………….

/należy załączyć zaświadczenie Banku prowadzącego obsługę konta Wnioskodawcy określające jego numer z informacją
o ewentualnych obciążeniach konta lub udokumentowanie posiadania rachunku bankowego wraz z informacją
o ewentualnych obciążeniach – poz. 12 Załączników/

*\* niepotrzebne skreślić*

 ..…………………………………………..

*Podpis Wnioskodawcy*

ZAŁĄCZNIKI

DO WNIOSKU PRZEDKŁADANE PRZEZ WNIOSKODAWCĘ

1/ wypis z rejestru / sądowego, ewidencji działalności gospodarczej, itp./,

2/ dokumenty świadczące o umocowaniu osób określonych w pkt 6 wniosku do prowadzenia sprawy / wymienić jakie/: ……………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………….

3/ Statut,

4/ 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,

5/ kopia decyzji w sprawie przyznania Wnioskodawcy statusu zakładu pracy chronionej,

6/ informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku,

7/ imienna lista osób niepełnosprawnych uczestniczących w przedsięwzięciu ze wskazaniem ewentualnego stopnia niepełnosprawności,

8/ szczegółowy kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania,

9/ dokumenty świadczące o źródłach finansowania określonych w pkt 25 /wymienić jakie/:

………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………….. 10/ dokumenty świadczące o źródłach finansowania określonych w pkt 26 /wymienić jakie/: …………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………….……………………………………………… ………………………………………………………………………………………………….

11/ dokumenty świadczące o zapewnieniu przez Wnioskodawcę warunków lokalowych.

12/ zaświadczenie z Banku prowadzącego obsługę konta Wnioskodawcy lub udokumentowanie posiadania rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach.

**OŚWIADCZENIE**

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

1. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłem stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie – Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej
w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (tj. Dz. U. 2015, poz. 926 z późn. zm.).
2. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi przedsięwzięcia / zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi przedsięwzięcia.\*
3. Oświadczam, że posiadam / zabezpieczę\* odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe do realizacji przedsięwzięcia.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 10 maja 2018 roku
o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) oraz w Rozporządzeniu 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) przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Jędrzejowie.
5. Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającą z art. 233 § 1,2 i 3 Kodeksu Karnego.
6. Zobowiązuje się załączać do sprawozdań listę osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Powiatu Jędrzejowskiego biorących udział w zadaniu, wraz ze wskazaniem: stopnia niepełnosprawności, miejscem zamieszkania na miasto/wieś, liczby osób do 24 roku życia.
7. Zobowiązuje się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jędrzejowie w ciągu 14 dni o każdej zmianie zaistniałej po złożeniu wniosku
8. Prawdziwość danych podanych we wniosku o dofinansowanie stwierdzam własnoręcznym podpisem.
9. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Klauzulą Informacyjną.

*\* niepotrzebne skreślić*

*…………………………………… ………………………………………*

 *Miejscowość, data podpis Wnioskodawcy*

|  |
| --- |
| KLAUZULA INFORMACYJNA |

Informuję, że zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa: | Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jędrzejowie |
| Adres: | ul. Okrzei 49b; 28-300 Jędrzejów  |
| Telefon: | tel./fax 41 386 36 00 |
| Email: | pcpr@jedrzejow.pl |

1. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko: | Mariusz Piskorczyk |
| Email: | biuro@ochrona-danych.com.pl |

1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu/ach:

|  |
| --- |
| *Realizacji zadań publicznych.* |

1. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:

|  |
| --- |
| *ROZPORZĄDZENIE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. art. 6 lit. e.*  |

1. W razie konieczności dane mogą być udostępnione podmiotom:

|  |
| --- |
| *upoważnionym na podstawie prawa.*  |

1. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres:

|  |
| --- |
| *wywiązania się z obowiązku prawnego.* |

1. Podanie danych jest niezbędne do wywiązania się z obowiązku prawnego, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest wywiązanie z obowiązku prawnego.
2. Posiada Pani/Pan prawo do:
	1. żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
	2. wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
	3. przenoszenia danych,
	4. wniesienia skargi do organu nadzorczego,
3. Podanie danych jest:

|  |
| --- |
| *obowiązkowe w celu wywiązania się z obowiązków prawnych.* |

1. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

**OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH**