

## **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż na dzień .....  
(data)

.....  
(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

1. Prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.
2. Reprezentowany przeze mnie pomiot nie ma zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku, nie był stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie podmiotu – 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.).
3. Reprezentowany przeze mnie podmiot posiada / nie posiada\* zobowiązania wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz wobec Urzędu Skarbowego.
4. Zatrudniam fachową kadrę do obsługi przedsięwzięcia / zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi przedsięwzięcia.\*
5. Posiadam / zabezpieczę\* odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe do realizacji zadania.
6. Reprezentowany przeze mnie podmiot zobowiązuje się do uzyskania środków finansowych / posiada środki finansowe\* w wysokości wystarczającej na pokrycie pozostałych kosztów zadania (poza kosztami przewidzianymi do dofinansowania ze środków PFRON), w tym wkładu własnego, zaangażowanego do realizacji zadania.
7. W ramach realizacji zadania planowane jest / nie jest planowane pobieranie opłat od ostatecznych beneficjentów zadania\*.
8. 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 2019 r. poz. 1781 z późn. zm.) 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.

9. Zobowiązuje się załączyć do sprawozdań potwierdzoną listę osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Powiatu Jędrzejowskiego biorących udział w zadaniu wraz z oświadczeniem, że uczestnicy są osobami niepełnosprawnymi. Lista powinna zawierać: stopień niepełnosprawności, podział na miejsce zamieszkania: miasto/wieś, liczbę osób do 18 roku życia.
10. Zostałem/am poinformowany/a, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.
11. Zostałem/am poinformowany/a, że dofinansowaniu podlegają wyłącznie zadania organizowane na terenie kraju.
12. Zostałem/am poinformowany/a, że podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta z Powiatem Jędrzejowskim/ Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Jędrzejowie sporządzona nie później niż 14 dni przed planowanym terminem zadania.
13. Zobowiązuje się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jędrzejowie w ciągu 14 dni o każdej zmianie zaistniałej po złożeniu wniosku.
14. Zapoznałem/am się z Klauzulą Informacyjną.
15. Podane informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym – przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.
16. Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającą z art. 233 § 1,2 i 3 Kodeksu Karnego.

*\* niepotrzebne skreślić*

.....

*Miejscowość, data*

.....

*podpis Wnioskodawcy*

*Załącznik 2 do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych*

.....  
*Miejscowość i data*

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień .....  
*(data)*

.....  
*(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)*

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

| Nazwa pola                             | Wartość |
|----------------------------------------|---------|
| <b>1. Nazwa banku</b>                  |         |
| Nr rachunku bankowego                  |         |
| Informacja o ewentualnych obciążeniach |         |
| <b>2. Nazwa banku</b>                  |         |
| Nr rachunku bankowego                  |         |
| Informacja o ewentualnych obciążeniach |         |

| Pieczęć wnioskodawcy | Data, pieczętki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentowania wnioskodawcy |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                                                                      |

## KLAUZULA INFORMACYJNA

---

Informuję, że zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz U. z 2019 r. poz. 1781), 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
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest:  
Imię i Nazwisko: Mariusz Piskarczyk  
Email: biuro@ochrona-danych.com.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu/ach:  
*w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Jędrzejowie*
4. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:  
*na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214 z późn. zm.); ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 913 z późn. zm.); ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49 z późn. zm.);*
5. W razie konieczności dane mogą być udostępnione podmiotom:  
*upoważnionym na podstawie prawa.*
6. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres:  
*przewidziany prawem, a szczególnie zgodnie Jednolitym Rzeczym Wykazem Akt.*
7. Podanie danych jest niezbędne do wywiązania się z obowiązku prawnego, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest wywiązanie z obowiązku prawnego.
8. Posiada Pani/Pan prawo do:
  - a. żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
  - b. wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
  - c. przenoszenia danych,
  - d. wniesienia skargi do organu nadzorczego,
9. Podanie danych jest:  
*obowiązkowe w celu wywiązania się z obowiązków prawnych.*
10. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

## OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

## ZAŁĄCZNIKI

### DO WNIOSKU PRZEDKŁADANE PRZEZ WNIOSKODAWCĘ

1. Wypis z rejestru / sądowego - KRS, ewidencji działalności gospodarczej (ważny 3 miesiące), itp.
2. Sposób reprezentacji / pełnomocnictwo (wymienić jakie) .....  
.....
3. Statut.
4. Oświadczenie – Załącznik nr 1.
5. Zaświadczenie z Banku prowadzącego obsługę konta Wnioskodawcy lub udokumentowanie posiadania rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach bądź oświadczenie Wnioskodawcy - Załącznik 2.
6. Imienna lista osób niepełnosprawnych uczestniczących w zadaniu. Lista powinna zawierać: stopień niepełnosprawności, podział na miejsce zamieszkania: miasto/wieś, liczbę osób do 18 roku życia.
7. **Szczegółowy kosztorys wydatków** związanych z realizacją zadania, **wraz z informacją o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych** na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania.
8. Dokumenty świadczące o posiadaniu środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.
9. Klauzula informacyjna.
10. W przypadku podmiotu, który jest:
  - a) **podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą**, należy dołączyć:
    - zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie,
    - informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis;
  - b) **pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej**, należy dołączyć:
    - potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
    - informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku,
    - zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie,
    - informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis.