

# 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 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.
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 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 Piskorzcyk  
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 (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 z późn. zm.); ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2020 r. , poz. 426 z późn. zm.); ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 218 z późn. zm.); ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 821 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 Rzeczowym 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