

 **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy**

 **ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica** **tel.: 74 851-50-31, fax: 74 851-50-11**
 **e-mail:** **pcpr@pcpr.swidnica.pl**

NR WNIOSKU: ZON.6017…………………………………………………

|  |
| --- |
| …………………………………………………… pieczęć z datą wpływu do PCPR |

**WNIOSEK**

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji

**SPORTU, KULTURY, REKREACJI i TURYSTYKI**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Zgodnie z § 12 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **wniosek należy złożyć do 30 listopada roku poprzedzającego realizację zadania.**

**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. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

**Część A: Informacje o Wnioskodawcy:**

1. **Nazwa podmiotu:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Siedziba i adres podmiotu:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Adres do korespondencji (należy wypełnić jeżeli dres do korespondencji jest inny niż adres siedziby):**

|  |
| --- |
|  |

1. **Dane osób upoważnionych do reprezentowania Wnioskodawcy w sprawie:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Imię i nazwisko** |  **Pesel** |  **Pełniona funkcja** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Dane kontaktowe osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy w sprawie wniosku:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:**

**Data powstania podmiotu:**

|  |
| --- |
|  |

**Numer Identyfikacji Podatkowej – NIP:**

|  |
| --- |
|  |

**Numer REGON:**

|  |
| --- |
|  |

**Status prawny i podstawa jego działania:**

|  |
| --- |
|  |

**Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:**

|  |
| --- |
|  |

**Data wpisu do rejestru sądowego lub do ewidencji działalności gospodarczej:**

|  |
| --- |
|  |

**Organ założycielski:**

|  |
| --- |
|  |

**Nazwa banku i nr rachunku bankowego:**

|  |
| --- |
|  |

**Właściciel rachunku bankowego:**

|  |
| --- |
|  |

**Opis działań podejmowanych na rzecz osób niepełnosprawnych w ciągu co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku (z podaniem daty oraz krótkiej charakterystyki działania):**

|  |
| --- |
|  |

**Część B: Informacje o przedmiocie wniosku:**

1. **Nazwa zadania:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie (właściwe zaznaczyć):**
* **Sportu**
* **Kultury**
* **Rekreacji**
* **Turystyki**
1. **Miejsce realizacji zadania:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Informacje o liczbie uczestników zadania:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Przewidywana liczba osób w realizacji zadania:** |  |
| **w tym osób niepełnosprawnych:** |  |
| **w tym mieszkańców wsi:** |  |
| **w tym dzieci i młodzież niepełnosprawna:** |  |
| **Liczba opiekunów niezbędnych do tego, by** **dane osoby niepełnosprawne mogły** **uczestniczyć w realizowanym zadaniu:** |  |
| **Uzasadnienie liczby opiekunów:** |

1. **Cel dofinansowania:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Krótki opis przebiegu zadania:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Przewidywane efekty realizacji zadania, w tym liczba osób niepełnosprawnych korzystających z efektów dofinansowania:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Informacje o innych potwierdzonych źródłach finansowania zadania:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Kwoty przyznanych wcześniej środków Funduszu z określeniem numeru zawartej umowy, jej daty, celu dofinansowania i stanu rozliczenia:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Nr i data zawarcia**  **umowy** |  **Cel dofinansowania** **(nazwa zadania)** |  **Czy rozliczono**  **z Funduszem?** **Tak/Nie** |  **Kwota**  **dofinansowania** |  **Kwota**  **rozliczona** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  **RAZEM:** |  |  |

1. **Czy organizator dysponuje odpowiednimi do potrzeb osób niepełnosprawnych warunkami technicznymi
i lokalowymi do realizacji zadania:**
* Tak
* Nie

Uwagi: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………............…..

1. Harmonogram realizacji zadania:

**Planowany termin realizacji zadania: od ……………………………………………………….. do …………………………………………………**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Poszczególne działania w zakresie realizowanego zadania** |  **Terminy realizacji poszczególnych działań** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |

1. **Przewidywany koszt realizacji zadania:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON**

 **(wysokość dofinansowania wynosi do 60% kosztów przedsięwzięcia):**

1. **Kosztorys realizacji zadania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa wydatku związanego** **z realizacją zadania** | **Ilość sztuk** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość ogółem brutto** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |
| **11.** |  |  |  |  |
| **12.** |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |

 ……………………………………………………

 pieczątka Wnioskodawcy

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

 (data i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

1. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja w okresie 3 lat od dnia złożenia wniosku była/nie była\* stroną umowy z PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.

2. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja posiada/ nie posiada\* zobowiązania (ń) wobec Funduszu.

3. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja zapewni minimum 40% całkowitych kosztów realizacji zadania.

4. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja prowadzi/nie prowadzi\*działalność (ci) na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.

5. Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w terminie 14 dni od ich zaistnienia.

6. Otrzymałem(am)/nie otrzymałem(am)\* pomocy de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe (w przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć zaświadczenie(a) o otrzymanej pomocy.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** |  **Organ udzielający** **pomocy de minimis** |  **Podstawa prawna**  **otrzymanej pomocy** **i jej przeznaczenie** | **Data udzielenia** **pomocy** |  **Wartość** **pomocy w euro** |  **Nr programu**  **pomocowego,** **decyzji lub umowy** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |
|  **RAZEM:** |  |  |

 ……………………………………………………

 pieczątka Wnioskodawcy

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

 (data i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy)

**Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku: /wypełnia pracownik PCPR/**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Nazwa załącznika** |  **Załączono** **do wniosku tak/nie** |  **Uzupełniono**  **tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| 1. Aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej |  |  |  |
| 2. Statut |  |  |  |
| 3.Dokumenty poświadczające prowadzenie działalności na 1. rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej

dwóch lat przed złożeniem wniosku **(sprawozdanie** **merytoryczne)**  |  |  |  |
| 4. Sposób reprezentacji **(pełnomocnictwo)** |  |  |  |
| 5. Dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych w wysokości nieobjętej dofinansowaniem **(oświadczenie lub kserokopia wyciągu bankowego,****potwierdzona za zgodność z oryginałem)** |  |  |  |
| 6. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach  |  |  |  |
| **W przypadku Wnioskodawcy prowadzącego działalność gospodarczą:** |
| 1. Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców |  |  |  |
| 2. Zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie |  |  |  |
| 3. 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, pomoc de minimis |  |  |  |
| **W przypadku gdy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:** |
| 1. Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej |  |  |  |
| 2. Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku |  |  |  |
| 3. Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku |  |  |  |

Wniosek kompletny:

⁭ Tak ⁭ Nie

|  |
| --- |
|  |

................................................... ........................................................................

 (miejscowość, data) (podpis pracownika przyjmującego wniosek)

**KLAUZULA INFORMACYJNA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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) (Dz. U. UE.L.2016.119.1) – dalej RODO informuję, że:

1. Administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, jak będą wykorzystywane Pani/Pana dane osobowe, jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica.
Z Administratorem może się Pani/Pan kontaktować za pomocą operatora pocztowego na adres:
ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica lub za pomocą adresu poczty elektronicznej: e-mail: pcpr@pcpr.swidnica.pl.

**Szczegółowe zasady przetwarzania danych osobowych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zamieszczone są pod adresem:** [**https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/**](https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/)**.**

2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować za pomocą adresu poczty elektronicznej: e-mail: iod@pcpr.swidnica.pl lub za pomocą operatora pocztowego na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica z dopiskiem: „Inspektor Ochrony Danych”.

Może/gą Pani/Pan/Państwo się kontaktować z inspektorem ochrony danych we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem swoich danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących Pani/Panu na podstawie RODO.

3. Pani/Pana/Państwa dane osobowe są przetwarzane w celu prowadzenia spraw o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach realizacji zadań będących w kompetencji Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w tym systemie informatycznym SOW (system obsługi wsparcia). System SOW ma umożliwić Użytkownikowi, stosownie do przyznanych uprawnień, korzystania z poszczególnych Modułów Systemu SOW. **Regulamin korzystania
z Systemu SOW dostępny jest pod adresem** [**https://portal-sow.pfron.org.pl**](https://portal-sow.pfron.org.pl)**.**

4. Pani/Pana/Państwa dane osobowe będą przekazywane osobom upoważnionym przez Administratora. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:

a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,

b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy,

c) inne podmioty upoważnione na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

d) podmioty, którym przekazanie Pani/Pana /Państwa danych osobowych następuje na podstawie Pani/Pana/Państwa wniosku lub zgody,

e) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz do celów sprawozdawczych
i ewaluacyjnych.

5. Pani/Pana/Państwa dane osobowe będą przechowywane przez Administratora przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt 3, a następnie po tym czasie zgodnie z zatwierdzoną instrukcją archiwalną i jednolitym rzeczowym wykazem akt dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie na mocy przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

6. Pani/Pana/Państwa dane osobowe nie są przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy i do organizacji międzynarodowych.

7. Pani/Pana/Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

8. Administrator pragnie zapewnić Panią/Pana/Państwa, że wszystkim osobom, których dane osobowe są przetwarzane przez Administratora, przysługują odpowiednie prawa wynikające z RODO. W związku z tym przysługują Pani/Panu/Państwu prawo dostępu do treści swoich danych w tym prawo do uzyskania kopii tych danych, do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, przenoszenia, oraz inne uprawnienia w tym zakresie zgodnie z obowiązującymi przepisami.

9. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO, czyli zgody na przetwarzanie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu/Państwu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem zgodnie z obowiązującym prawem.

10. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane osobowe dotyczą, podanie przez Panią/Pana/Państwa danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.

11. Ma/cie Pani/Pan/Państwo prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna/cie Pani/Pan/Państwo, iż przetwarzanie dotyczących Pani/Pana/Państwa danych osobowych narusza przepisy RODO.

12. Podanie przez Panią/Pana/Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem zawarcia umowy. Jest/eście Pani/Pan/Państwo zobowiązana/y/i do ich podania lub ich uzupełnienia ze względu na złożony wniosek, a konsekwencją niepodania i nieuzupełnienia danych osobowych będzie pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia.

13. Podane przez Panią/Pana/Państwa dane osobowe są przetwarzane w formie papierowej
i elektronicznej (systemy informatyczne Administratora).

14. Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej
i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami.

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą.**

………………………………………………………………………………………

 (data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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) (Dz. U. UE.L.2016.119.1) – dalej RODO, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych **□ tak □ nie**

dla potrzeb efektywnej i sprawnej realizacji złożonego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych, co będzie wpływać na ułatwienie komunikacji z wnioskodawcą.

………………………………………………………………………………………

 (data i czytelny podpis Wnioskodawcy)