**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** | | |
| **Województwo:** |  | | |
| **Powiat:** |  | | |
| **Gmina:** |  | | |
| **Miejscowość:** |  | | |
| **Ulica:** |  | | |
| **Nr domu:** |  | | |
| **Nr lokalu:** |  | | |
| **Poczta:** |  | | |
| **Kod pocztowy:** |  | | |
| **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 |

|  |  |
| --- | --- |
| **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)?:** | * Nie  Tak |
| **Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:** | * Nie  Tak |
| **Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:** | * Nie  Tak |
| **INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:** |  |
| **Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje:** |  |
| **Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:** |  |

**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 dofinan- sowania** | **Stan rozliczenia** | **Kwota rozliczona** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

**I. PRZEDMIOT WNIOSKU**

**Nazwa zadania:**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **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** |
| **Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA** | | |
| **Nazwa pola** | | **Do uzupełnienia** |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania:** | |  |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:** | |  |
| Słownie: | |  |
| **Własne środki przeznaczone na realizację zadania:** | |  |
| **Inne źródła finansowania ogółem** | | |
| z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON | | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** | |
| **Publiczne:** |  | |
| **Niepubliczne:** |  | |
| **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 dofinan- sowania ze środków PFRON** |
|  |  |  |  |  |
| Razem: | |  |  |  |
| Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia: | | |  |  |

*Data i pieczęć 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 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 |  |  |  |
| 7. Oświadczenia Wnioskodawcy – załącznik nr 1 do  wniosku |  |  |  |
| 8. Klauzula zgody – załącznik nr 2 do wniosku |  |  |  |
| 9. Klauzula informacyjna przetwarzania danych osobowych – załącznik nr 3 do wniosku |  |  |  |
| **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)

**Załącznik nr 1 do wniosku**

**o dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki**

**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)

**Załącznik nr 2 do wniosku**

**o dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki**

**KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

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)

**Załącznik nr 3 do wniosku**

**o dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki**

**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](mailto: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](mailto: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)