

Nr sprawy: PFRON.561.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  
/wypełnia PCPR/



/pieczętka wnioskodawcy/

/pieczętka PCPR/

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

**CZĘŚĆ A: DANE I INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**

**Nazwa i adres Wnioskodawcy:**

<b>Pełna nazwa:</b>				
<b>Miejscowość</b>	<b>Kod pocztowy</b>	<b>Nr posesji</b>	<b>Ulica</b>	<b>Gmina</b>
<b>Powiat</b>	<b>Województwo</b>	<b>Nr tel.: kierunkowy</b>	<b>Nr tel.</b>	<b>Nr faxu</b>

**Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy:**

(pieczętka imienna)

podpis:.....

(pieczętka imienna)

podpis:.....

**Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:**

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	tak: [ ]	nie: [ ]
Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak: [ ]	nie: [ ]
Kwota zaległości	zł	

**Informacje o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych**

Wnioskodawca zatrudnia ogółem osób (w przeliczeniu na etaty)	..... etatów
Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne (w przeliczeniu na etaty)	..... etatów
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych	..... %

**Informacje o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych:**

Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:		
<input type="checkbox"/> zawodowej	<input type="checkbox"/> leczniczej	<input type="checkbox"/> społecznej
Ilość osób niepełnosprawnych objętych działalnością (przeciętnie w miesiącu)		
w tym:	do lat 18: ____	powyżej lat 18: ____ Razem: ____

**Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:**

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy:		
<b>Status prawny</b>	<b>REGON</b>	
<b>Nr rejestru sądowego</b>	<b>Data wpisu do rejestru sądowego</b>	
<b>Organ założycielski</b>	<b>Nr identyfikacyjny NIP</b>	
<b>Nr identyfikacyjny PFRON</b>	<b>Data uzyskania statusu ZPCH</b>	
<b>Nazwa banku</b>	<b>Nr konta bankowego</b>	
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT	Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:		
Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy: cel działania, teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje rehabilitantów i techników, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje:		

## Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat:				Tak: [ ]	Nie: [ ]
Numer umowy i data zawarcia	Kwota przyznana	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło
<b>Razem:</b>		<b>Razem kwota rozliczona:</b>			

Dane osoby upoważnionej do prowadzenia sprawy (imię, nazwisko i nr tel. kontaktowego)

--

## CZĘŚĆ B: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

Przedmiot wniosku, cel dofinansowania

<b>nazwa imprezy lub zakup sprzętu sportowego</b>	
<b>Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie:</b>	
<b>imprezy integracyjnej [ ]</b> [ ] sportowej                      [ ] kulturalnej [ ] turystycznej                 [ ] rekreacyjnej	<b>zakupu sprzętu sportowego [ ]</b>

Miejsce realizacji zadania

<b>Pełna nazwa:</b>				
<b>Miejscowość</b>	<b>Kod pocztowy</b>	<b>Nr posesji</b>	<b>Ulica</b>	<b>Gmina</b>
<b>Powiat</b>	<b>Województwo</b>	<b>Nr tel.: kierunkowy</b>	<b>Nr tel.</b>	<b>Nr faxu</b>

## Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

<b>Czas realizacji zadania:</b>			
<b>Liczba wszystkich uczestników:</b>			
<b>W TYM OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH:</b>			
	<b>do lat 18</b>	<b>powyżej lat 18</b>	<b>mieszkańcy wsi</b>
<b>Razem osób niepełnosprawnych:</b>	co stanowi _____ % ogólnej liczby uczestników		

## Przewidywane koszty realizacji zadania

<b>Przewidywany koszt ogólny zadania:</b>	
Własne środki przeznaczone na realizację zadania:	
Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje):	
z tego sponsorzy: a) ..... b) ..... c) .....	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania zadania ze środków PFRON:</b>	

## Inne informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku:

--

## Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:

--

## OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

1. Upředzona/ny\* o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2, 3 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 roku – Kodeks Karny oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
2. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w terminie 14 dni od ich zaistnienia.

data.....

.....  
*podpisy i pieczętki osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy /pieczętka Wnioskodawcy*

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

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego (ważny 3 miesiące) lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej (w przypadku aktualnego wydruku internetowego KRS należy dołączyć załącznik nr 8)			
Statut / Regulamin			
Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)			
Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach – załącznik nr 1			
Oświadczenie potwierdzające prowadzenie przez Wnioskodawcę działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed złożeniem wniosku – załącznik nr 2			
Oświadczenie Wnioskodawcy, że nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON – załącznik nr 2			
Oświadczenie Wnioskodawcy, że nie był, w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy – załącznik nr 2			
Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania, czyli program merytoryczny przedsięwzięcia – załącznik nr 3			
Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania – załącznik nr 4			
Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON – załącznik nr 5			
Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania – załącznik nr 5			
Oświadczenie o zapewnieniu odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania – załącznik nr 5			
Oświadczenie o zapewnieniu fachowej kadry do realizacji zadania – załącznik nr 5			
Oświadczenie, czy Wnioskodawca jest płatnikiem podatku VAT – załącznik nr 5			
Lista osób niepełnosprawnych uczestniczących w imprezie wraz z podaniem: imienia, nazwiska, stopnia niepełnosprawności – załącznik nr 6a			
lub			

Lista placówek biorących udział w imprezie wraz z podaniem liczby osób niepełnosprawnych z danej placówki uczestniczących w imprezie (dotyczy imprez masowych) – <i>załącznik nr 6b</i>			
Oświadczenie Wnioskodawcy o nie prowadzeniu działalności gospodarczej – <i>załącznik nr 7</i>			
<b>W przypadku Wnioskodawcy prowadzącego działalność gospodarczą:</b>			
Zaświadczenia o pomocy <i>de minimis</i> otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy <i>de minimis</i> w tym okresie.			
Informacje o każdej pomocy innej niż <i>de minimis</i> , jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc <i>de minimis</i> .			
<b>W przypadku gdy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:</b>			
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 datą złożenia wniosku			

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części A i B**

**Wniosku**

--	--

*/Pieczętka PCPR/*

*/pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR i data/*



Mińsk Mazowiecki, dnia.....

*(pieczęć Wnioskodawcy)*

## OŚWIADCZENIE

Posiadamy rachunek bankowy:

Nazwa banku: .....

Numer konta: .....

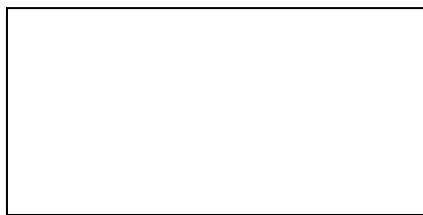
Oświadczamy, że konto nie jest obciążone tytułami egzekucyjnymi i żadnymi innymi zobowiązaniami / konto obciążone jest zobowiązaniami\*: .....

.....

.....  
*(Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy)*

*\*Niepotrzebne skreślić*

Mińsk Mazowiecki, dnia.....



*(pieczęć Wnioskodawcy)*

## OŚWIADCZENIE

1. Prowadzimy działalność na rzecz osób niepełnosprawnych/ działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych\* przez okres co najmniej 2 lat przed datą złożenia wniosku, zgodnie ze statutem §.....
2. Nie posiadamy wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. W ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byliśmy stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych rozwiązanej z przyczyn leżących po naszej stronie.

.....  
*(Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy)*

*\*Niepotrzebne skreślić*





*(pieczęć Wnioskodawcy)*

### **Program merytoryczny wnioskowanego zadania**

*Nazwa zadania:*

.....

*Termin zadania:*

.....

*Miejsce realizacji zadania:*

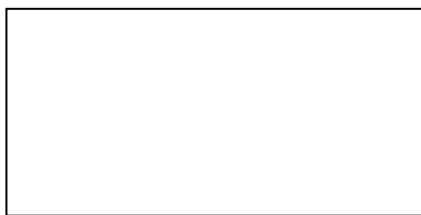
.....

*Szczegółowy opis, program realizacji zadania:*

.....

*(Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy)*





*(pieczęć Wnioskodawcy)*

## OŚWIADCZENIE

1. Posiadamy środki własne oraz z źródeł finansowania innych niż Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na realizację wnioskowanego zadania.
2. Dotychczas nie ponieśliśmy żadnych nakładów finansowych na realizację wnioskowanego zadania do końca miesiąca, w którym składany jest wniosek.
3. Zapewnimy odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe do realizacji zadania.
4. Zapewnimy fachową kadrę do obsługi zadania.
5. Nie jesteśmy/ jesteśmy\* płatnikiem podatku VAT.

.....  
*(Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy)*

*\*Niepotrzebne skreślić*



*(pieczęć Wnioskodawcy)*

## LISTA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Lp	IMIĘ I NAZWISKO	STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
....		

.....  
*(Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy)*



*(pieczęć Wnioskodawcy)*

### LISTA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Lp	NAZWA PLACÓWKI	LICZBA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
...		

.....  
*(Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy)*



(pieczęć Wnioskodawcy)

## OŚWIADCZENIE

Prowadzimy działalność gospodarczą/ nie prowadzimy działalności gospodarczej\* w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2013r. poz. 672 z późn. zm.)

.....  
(Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy)

*\*Niepotrzebne skreślić*

### UWAGA !

Zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez **podmiot prowadzący działalność gospodarczą** ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. Nr 53, poz. 311 z późn. zm.) – **należy oprócz wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, turystyki i rekreacji, wypełnić i złożyć:**

1. 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,
2. 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.

ZAŁĄCZNIK NR 8

Mińsk Mazowiecki, dnia.....



*(pieczęć Wnioskodawcy)*

## OŚWIADCZENIE

Poświadczamy, że dane zawarte w Krajowym Rejestrze Sądowym są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....  
*(Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy)*

.....  
Oznaczenie Administratora

Mińsk Mazowiecki, dnia.....

**KLAUZULA**  
**informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia 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, zwane dalej także RODO) informuję, iż:

- 1) Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim, ul. Konstytucji 3-go Maja 16, 05-300 Mińsk Mazowiecki.
- 2) Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: renata@pcpr-minskmaz.pl
- 3) Dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym z ubieganiem się o dofinansowanie z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b, c, e RODO.
- 4) Odbiorcą danych osobowych są organy lub podmioty upoważnione z mocy prawa do przetwarzania danych.
- 5) Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 6) Dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
- 7) Posiadane prawa:
  - dostęp do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, co do danych osobowych, których podanie jest dobrowolne - prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej lub elektronicznej na adres mailowy sekretariat@pcpr-minskmaz.pl.
  - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna się, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
- 8) Podanie danych osobowych jest:
  - warunkiem realizacji zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim i wynika z przepisów prawa,
  - dobrowolne, jednak niezbędne do załatwienia sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim.Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność realizacji zadań ustawowych lub niemożność uzyskania wsparcia oferowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim.

Zapoznałam/em się z informacjami i pouczeniem zawartymi w niniejszej klauzuli. Przedmiotowe informacje są dla mnie zrozumiałe.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim w celu związanym z ubieganiem się o dofinansowanie z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.**

.....  
(Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy)