

Nr sprawy.....

/pieczętka Wnioskodawcy/

Wniosek kompletny przyjęto w PCPR w Nysie
w dniu

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

I. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY:

Nazwa i adres, siedziba wnioskodawcy:
.....

Gmina	Kod pocztowy	Poczta	Miejscowość	Ulica	Nr	e-mail	Numer telefonu

II. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy:

Imię, nazwisko

Imię, nazwisko

Funkcja.....

Funkcja.....

(pieczętka imienna)
Podpis.....

(pieczętka imienna)
Podpis

III. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na PFRON przez Wnioskodawcę:

Czy wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości	zł	

IV. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE O WNISKODAWCY:

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy		
Podstawa działania		
Status prawny		
Regon		
NIP		
Nr rejestru sądowego		
Data wpisu do rejestru sądowego		
Organ założycielski		
Nazwa Banku		
Nr konta bankowego		
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Źródła finansowania działalności wnioskodawcy:	
Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy:	
Cel działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, kadra specjalistyczna, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne	
Syntetyczny opis efektów już wcześniej przyznanego i wykorzystanego dofinansowania	

VI. KOSZT ZADANIA

1. Przewidywany koszt ogółem 100%:	
2. Deklarowane środki Własne min. 40%	
3. Inne źródła finansowania, w tym:	
a)	
b)	
c)	
Wnioskowana kwota ze środków PFRON do 60%	
Wnioskowana kwota słownie
<i>Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie:</i>	
Imprezy integracyjnej <input type="checkbox"/>	Zakupu sprzętu <u>wyłącznie</u> sportowego <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> sportowej <input type="checkbox"/> kulturalnej	<input type="checkbox"/> turystycznej <input type="checkbox"/> rekreacyjnej
Termin i miejsce rozpoczęcia imprezy :	Miejscowość Kod ulica Nr pocztowy
.....	
Liczba uczestników niepełnosprawnych i opiekunów z terenu powiatu nyskiego:	
w tym osób niepełnosprawnych	
w tym dzieci niepełnosprawnych do 18 roku życia	
w tym powyżej 18 roku życia (osoby niepełnosprawne i opiekunowie)	
w tym wyłącznie opiekunów	
Uzasadnienie co do konieczności dofinansowania opiekunów:	

.....
podpis i pieczęć firmowa Wnioskodawcy

VII. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON (z każdego uzyskanego źródła PCPR, PFRON itp...) w ciągu 3 ostatnich lat

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON			tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
Razem:			Kwota rozliczona:	
W tym na rzecz:				
.....				

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

.....
podpis i pieczęć firmowa Wnioskodawcy

Załączniki wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku Tak/nie	Uzupełniono Tak/nie	Data uzupełnienia
1. Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania, program merytoryczny			
2. Kosztorys wydatków związanych z realizacją imprezy			
3. Lista osób niepełnosprawnych uczestników ze wskazaniem adresu zamieszkania, stopnia niepełnosprawności i trwałości orzeczenia + opiekunów (+ oświadczenia dot. przetwarzania danych osobowych RODO)			
4. aktualny wypis z Sądu potwierdzający działalność statutową – ważny 3 m-ce			
5. Oświadczenie o zapewnieniu odpowiednich warunków technicznych i lokalowych (w załączeniu)			
6. Oświadczenie o posiadaniu środków własnych lub pozyskanych			
7. Wyciąg z konta bankowego			
8. Statut potwierdzony za zgodność z oryginałem			
9. Oświadczenie wnioskodawcy, że nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON			
10. dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych			
11. Upoważnienie do reprezentowania Podmiotu			

Ponadto

Jeżeli podmiot jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą do wniosku dołącza się :

- 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,
- oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa UE dotyczących udzielania pomocy,

Jeżeli podmiot jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej, do wniosku dołącza się:

- potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej oraz informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku,
- informacje, o których mowa przy podmiocie prowadzącym działalność gospodarczą.

.....
podpis pracownika PCPR

Miejscowość dnia

1. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadre do obsługi zadania / zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania*
2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
3. Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji Dyrektora PCPR przyznającej środki PFRON na podstawie niniejszego wniosku.
4. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie był stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie reprezentowanego podmiotu, oraz nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej/kontroli w miejscu realizacji zadania oraz na rejestrację i utrwalanie przebiegu wizji/kontroli.
6. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie zalega z opłatami z tytułu zobowiązań podatkowych oraz nie zalega z płatnościami składek na ubezpieczenie społeczne zdrowotne.
7. Oświadczam, że zobowiązuję się do udziału w ewaluacji efektów realizacji działania dla osób niepełnosprawnych.
8. Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r., poz.1000z zm).
W zakresie związanym z realizacją zadania, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, Realizator odbiera stosownie oświadczenia osób, których te dane dotyczą, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r., poz.1000z zm).
9. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nysie, informuje, że w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek zostanie przekazany do archiwum bez rozpatrzenia.
10. Oświadczam, że znana jest mi treść art.233 §1 Kodeksu Karnego o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
11. Przyjmuję do wiadomości, że wnioski o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dot. sportu, kultury, turystyki i rekreacji zostaną rozpatrzone po otrzymaniu planu finansowego na rok 2023 oraz po podjęciu uchwały przez Radę Powiatu w sprawie określenia zadań, na które przeznaczają się środki finansowe z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Po podjęciu uchwały przez Radę Powiatu wniosek zostanie zaopiniowany przez zespół problemowy Społecznej Powiatowej Rady.
12. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
13. Oświadczam, że nie jestem/ jestem* płatnikiem podatku VAT.

.....
Podpisy i pieczęć firmowa osób upoważnionych

***niepotrzebne skreślić**

.....
Imię i nazwisko

Miejscowość.....dnia.....

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL

OŚWIADCZENIE wypełnianie przez uczestników zadania

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy):

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

Przez administratora danych tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Piastowskiej 33a w Nysie, w celach związanych z realizacją wniosku dotyczącego dofinansowania ze środków PFRON: zadania sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ustawą o ochronie danych osobowych.

.....
podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego

.....
**Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej/
dziecka niepełnosprawnego lub osoby ubezwłasnowolnionej
biorącej udział w zadaniu/
opiekuna biorącego udział w zadaniu ***

.....
data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że uczestniczyłem / łąm (dziecko uczestniczyło)* w zadaniu dofinansowanym ze środków PFRON dot. sportu, kultury, rekreacji i turystyki pn.
w terminie.....
organizowanym przez
.....

.....
**Czytelny podpis pełnoletniej osoby niepełnosprawnej/
opiekuna dziecka niepełnosprawnego lub osoby
ubezwłasnowolnionej
lub opiekuna biorącego udział w zadaniu ***

Art. 233 §1 Kodeksu karnego

Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

*Niepotrzebne skreślić
