

(pieczęćka Wnioskodawcy)

Nr sprawy

(wypełnia PCPR)

W N I O S E K**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych**

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” jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Nazwa i adres Wnioskodawcy: (proszę wypełnić drukowanymi literami)

Pełna nazwa:			
.....			
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr
Nr tel.:		Nr faksu:	

Osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych:

{	Pieczęćka imienna:

{	Pieczęćka imienna:

Informacje o zatrudnieniu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych:

Wnioskodawca zatrudnia ogółem (w przeliczeniu na etaty)	.....etatów
Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne (w przeliczeniu na etaty)	..... etatów
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych %
Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:	
<input type="checkbox"/> zawodowej	<input type="checkbox"/> leczniczej
<input type="checkbox"/> społecznej	
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)	do lat 18:
	powyżej lat 18:
	razem:

Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz 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	.....

Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:

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

Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON				Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Dysponent środków PFRON:	
1.					
2.					
3.					
4.					
Przeznaczenie przyznanych środków:					
1.					
2.					
3.					

Syntetyczny opis efektów przyznanego i wykorzystanego dofinansowania	

Informacje o przedmiocie wniosku:

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania /nazwa imprezy/ zakup sprzętu
Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia: zł
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu: zł
kwota słownie:
co stanowi.....% ogólnych kosztów przedsięwzięcia
Udokumentowana informacja o wysokości środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia (bez środków PFRON):
1. Deklarowane środki własne: zł
2. Inne źródła finansowania ogółem: zł , z tego:
..... zł; źródło -.....
..... zł; źródło -.....
..... zł; źródło -.....
..... zł; źródło -.....

Przewidywany efekt realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:

Warunki techniczne i lokalowe /opis/

„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 do lat 3 (art.233§1 k.k. – Ustawa z dn. 6 czerwca 1997 – Dz. U. Nr.88, poz.553 z późn. zm.)

Uprowadzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym oraz, że warunki wcześniej zawartych umów uprawniających do korzystania ze środków PFRON zostały dotrzymane. Oświadczam również, że:

- 1. **zatrudniam fachową kadre do obsługi zadania/zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania.***
- 2. **posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.**

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Obowiązek informacyjny RODO

.....
/data i podpis osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/

** niepotrzebne skreśli*

Załączniki wymagane do wniosku: / wypełnia PCPR/

1. Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania – program merytoryczny imprezy	
2. Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON	
3. Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania	
4. Lista niepełnosprawnych uczestników imprezy z wyszczególnieniem stopnia niepełnosprawności (nie dotyczy imprez masowych)	
5. Aktualny wypis z rejestru sądowego /ważny 3 miesiące/	
6. Statut	
7. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)	
8. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach	
9. dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych dłużej niż dwa lata	
10. Obowiązek informacyjny RODO	

Potwierdzam kompletność złożonych

(Pieczętka imienna, podpis pracownika, data)

podpis:

Załącznik nr do wniosku

Preliminarz sprzętu

Lp.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem	Do weryfikacji / wypełnia PCPR/
Razem:					

.....
 /podpis i pieczęć wnioskodawcy/

Obowiązek informacyjny RODO

W związku z obowiązującym Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony danych 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) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Piasecznie przekazuje w załączeniu pismo - ***Obowiązek informacyjny***.

Obowiązek informacyjny w sytuacji pozyskania danych od osoby, której dane dotyczą

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Piasecznie – Pani Klaudia Wojnarowska, adres siedziby: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Piasecznie, 05-500 Piaseczno, ul. Chyliczkowska 14;
2. Inspektorem danych osobowych jest Pani Agnieszka Pindelska, adres siedziby: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Piasecznie, 05-500 Piaseczno, ul. Chyliczkowska 14, tel. (22)756-61-64, mail: ochronadanych@piaseczno.pl;
3. Celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest rozpatrzenie wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych; zadania wynikające z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 511 ze zm.).
4. Informacje nie będą przekazywane podmiotom innym niż te uprawnione z mocy prawa.
5. Dane będą przetwarzane w okresie nie dłuższym niż wymagają tego przepisy prawa.
6. Informuję, że przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawie do przenoszenia danych;
7. Informuję o przysługującym Pani/Panu prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność przetwarzania z prawem;
8. Informuję, że przysługuje Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego;
9. Informuję, że podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania.
10. PCPR nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany.

Zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym.

Data i podpis:

.....

