Załącznik NR …. do Zarządzenia Nr …… Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Rybnik z dnia …….. r. w sprawie ustalenia wniosków, które będą obowiązywały od 2021 r. w ramach ubiegania się o dofinansowanie ze środków PFRON w PCPR w Rybniku

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

  pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek data wpływu wniosku

**ON-5101/3/………/……..**

WNIOSEK

Obowiązuje od dnia 01.01.2021

## o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji:

## **Sportu, kultury,** **rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych**

#### *Prosimy* wypełnić *wszystkie rubryki we wniosku lub wpisać nie dotyczy*

**Nazwa i adres wnioskodawcy**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pełna nazwa: .......................................................................................................................  ......................................................................................................................  Nazwa banku ....................................................................................................................  Nr rachunku bankowego:............................................................................... | | | | | |
|  | | |  | | |
| REGON | | | NIP | | |
|  |  |  | |  |  |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Nr posesji | | Ulica | Nr telefonu |

1. Osoby uprawnione do reprezentacji wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczątka imienna)*  podpis............................................................. | *(pieczątka imienna)*  podpis............................................................. |

### MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA I CEL DOFINANSOWANIA

#### Część A.A.: Przedmiot wniosku, nazwa zadania, krótki opis    przedsięwzięcia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie** (zaznaczyć) | | | |
| Sportowej |  |  |  |
| Kulturalnej |  |  |  |
| Turystycznej |  |  |  |
| Rekreacyjnej |  |  |  |

Liczba uczestników:............................................................................

Liczba niepełnosprawnych uczestników:...............................................

W tym: do 18 lat:................................., powyżej 18 lat:............................................

W tym: mieszkańcy Powiatu Rybnickiego ………………….……….mieszkańcy spoza

Powiatu Rybnickiego:…................................

Dodatkowe istotne informacje

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

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

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

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

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

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

#### Część A.B.: Miejsce realizacji zadania

Nazwa zadania: ………………………………………………………………………

Miejsce realizacji . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Ulica . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . nr . . . . . . . . . . . . . . . .

#### Część A.C: Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

Termin rozpoczęcia . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Przewidywany czas realizacji zadania (godzinowo) . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

#### Część B: Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu  Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (wypełnić w przypadku korzystania w latach ubiegłych)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cel  (Nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu celowego, w ramach, którego przyznana została pomoc) | Nr i data zawarcia umowy | Kwota przyznana | Termin rozliczenia | Kwota rozliczona |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Razem kwota przyznana: |  | Razem kwota rozliczona: |  |

#### Część B.1: Deklarowany, udokumentowany udział własny wnioskodawcy  i/lub sponsora

|  |  |
| --- | --- |
| Całkowita wartość przedsięwzięcia, wynikająca z załączonych kosztorysów do wniosku (załącznik nr 1) | PLN |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | % | zł. |
| **1** | Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 40% |  |  |
| 2 | Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania  (do wniosku należy załączyć udokumentowane potwierdzenie takiej informacji) |  |  |
| 3 | Procent kosztów zadania do pokrycia ze środków PFRON |  |  |

Łączna kwotawnioskowanego dofinansowania [PLN] - do 60 % kosztów przedsięwzięcia

cyframi : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

słownie : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

|  |  |
| --- | --- |
| Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizacje zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc wnioskowania | PLN |

#### Część B.2: PRZEWIDYWANE EFEKTY REALIZACJI ZADANIA DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

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

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

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

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

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

Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Status prawny |  | |
| Data wpisu do rejestru sadowego i numer |  | |
| Organ założycielski |  | |
|  | | |
| Czy wnioskodawca jest płatnikiem podatku VAT | tak: | nie: |
| Nazwa banku obsługującego wnioskodawcę oraz numer rachunku bankowego |  | |
| Źródła finansowania działalności wnioskodawcy |  | |
| Źródła finansowania działalności podmiotu, którego dotyczy wniosek |  | |
| Inne informacje istotne dla uzasadnienia wystąpienia z wnioskiem o dofinansowanie |  | |

Syntetyczny opis działalności wnioskodawcy:

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

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

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

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

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

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

Wykaz załączników

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nazwa załącznika  ( kolejno ponumerowanego ) | Informacja jednostki przyjmującej wniosek |
| 1 | Aktualny wypis z rejestru sądowego lub inny dokument potwierdzający status prawny wnioskodawcy |  |
| 2 | Statut |  |
| 3 | Kosztorys wydatków zw. z realizacją zadania |  |
| 4 | Szczegółowa informacja o dotychczas zaangażowanych środkach finansowych |  |
| 5 | Program merytoryczny imprezy |  |
| 6 | Mapa dostępności obszaru/obiektu |  |
| 7 | Oświadczenie o nie zaleganiu z wpłatami na PFRON bądź podanie podstawy prawnej dotyczącej zwolnienia z wpłat na Fundusz |  |
| 8 | Oświadczenie wnioskodawcy, że nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu |  |
| 9 | Udokumentowane informacje dotyczące zaległych zobowiązań: -budżetowych  -innych |  |
| 10 | Oświadczenie dot. otrzymanej pomocy publicznej |  |
| 11. | Oświadczenie wnioskodawcy o prowadzeniu działalności gospodarczej(na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku |  |
| 12. | Inne dokumenty |  |
| **W przypadku gdy podmiot prowadzi działalność gospodarczą:** | | |
| 13. | Zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w danym roku kalendarzowym i dwóch poprzedzających go latach albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie |  |
| 14. | Informacja o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał wnioskodawca w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis |  |
| 15. | Oświadczenie wnioskodawcy, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa UE |  |
| 16. | Oświadczenie, o zatrudnieniu fachowej kadry do obsługi zadania |  |
| 17. | Oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym |  |
| 18. | Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie przez PCPR informacji o realizacji niniejszego wniosku |  |
| 19. | Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego (UE) 2016-679 z dnia 27 kwietnia 2016. |  |
| **W sytuacji, gdy wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:** | | |
| 20. | Potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej |  |
| 21. | Informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku |  |

**Wnioskodawca powinien na każde zadanie złożyć oddzielny wniosek wraz z kompletem dokumentów**

**Dane osób upoważnionych do reprezentowania Wnioskodawcy:**

1.. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*( imię i nazwisko, stanowisko )*

upoważniony na podstawie . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*( wypis z rejestru Sądu lub inny dokument )*

2.. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*( imię i nazwisko, stanowisko )*

upoważniony na podstawie . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*( wypis z rejestru Sądu lub inny dokument )*

3. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*( imię i nazwisko, stanowisko )*

upoważniony na podstawie . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*( wypis z rejestru Sądu lub inny dokument )*

*Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej (art.233 kodeksu karnego) za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.*

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

*Uprzedzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że warunki zawartych z PFRON umów zostały dotrzymane.*

*Oświadczam, ze nie toczy się w stosunku do podmiotu postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.*

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

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

( data i podpis osoby/osób upoważnionej/ych

do reprezentowania wnioskodawcy)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

W związku z wejściem w życie *Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r.* Administrator informuje:

1. Administratorem danych osobowych jest **POWIATOWE CENTRUM POMOCY W RYBNIKU z siedzibą przy ul. 3 Maja 31, 44-200 Rybnik.**
2. W organizacji został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym pracownik może skontaktować się pod wskazanym adresem mailowym: pcpr@powiatrybnicki.pl , Tel. 32 426 00 33 oraz pod adresem siedziby organizacji.
3. Dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji zadań ustawowych i statutowych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Rybniku.
4. Podanie danych osobowych jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym, a także w ramach władzy publicznej powierzonej Administratorowi. Przetwarzanie danych osobowych jest konieczne do wykonania ciążących na Administratorze obowiązków. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy) oraz art. 6 ust. 1 lit. c przedmiotowego rozporządzenia (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze).
5. Dane osobowe nie będą przekazywane innym odbiorcom danych poza podmiotami uprawnionymi na mocy przepisów szczególnych, a także podmiotami upoważnionymi przez Administratora (np. podmiot współpracujący z Administratorem, ale tylko i wyłącznie w zakresie niezbędnym do prawidłowej realizacji zadań Administratora).
6. Administrator przechowuje dane osobowe przez okres czasu przewidziany przepisami prawa.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
8. dostępu do swoich danych osobowych,
9. ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
10. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
11. prawo do przenoszenia danych,
12. prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
13. W dowolnym momencie ma Pani/Pan prawo cofnąć udzieloną zgodę, co pozostanie jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
14. Ma Pani/ Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzoru, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy.
15. Dane osobowe nie będą przez Administratora przetwarzane w sposób, który skutkowałby zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji, w tym profilowaniem. Oznacza to, że Administrator nie wykorzystuje systemów informatycznych, które gromadziłyby informacje na temat Pani/ Pana i jednocześnie samodzielnie, automatycznie, podejmowałyby decyzje, które mogłyby wywołać wobec Pani/Pana skutki prawne lub w podobny sposób istotnie na Panią/Pana wpływać.
16. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Jest Pani/Pan zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości dalszego procedowania zgodnie z procedurami przewidzianymi w przepisach dotyczących udzielania pomocy społecznej.
17. Dane osobowe Pani/ Pana nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

……………………………………..

(data i podpis)

Załącznik nr 1 do wniosku do Zarządzenia wewnętrznego w sprawie dofinansowania ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osoby niepełnosprawnej

**Kalkulacja zadania**

…………………………………………………………………………………………..

(nazwa zadania)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Wydatki szczegółowe | Koszt całkowity zadania | Koszty własne | Koszty PFRON |
|  |  |  |  |  |
| RAZEM: | |  |  |  |