



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Nr wniosku: PCPR.722 .....  
Nr sprawy: PCPR.722.....  
Data wpływu: .....  
L.dz.....

**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:	

OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Nr telefonu:	
Poczta:	
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 uprawnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy	
Imię i nazwisko	Funkcja

II. INFORMACJE DODATKOWE	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Status prawny:	
Nr rejestru sądowego:	
Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	
REGON:	
NIP:	
Podstawa działania:	
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:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna:	
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 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)?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

**INFORMACJE O PROWADZENIU 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 (ostatnie 3 lata przed złożeniem wniosku)**

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?			<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Cel dofinansowania	Nr umowy i data zawarcia	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia	Kwota rozliczenia

**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.	Elementy zadania	Koszt całkowity	Pozostałe źródła finansowania (w tym udział własny)	Kwota ze środków PFRON
<b>RAZEM</b>				
Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:				

1. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do realizacji zadania/zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania.
3. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
4. Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
5. Oświadczam, iż zapoznałem się z klauzulą informacyjną stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego wniosku.
6. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku innych niż wymienione w § 11 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określania rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, dla celów złożonego wniosku.

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

.....  
(data)

.....  
(podpisy i pieczęta osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy)

**ZAŁĄCZNIKI DO CZĘŚCI WNIOSKU (WYPEŁNIA PCPR):**

Lp.	Nazwa załącznika	Tak	Nie	Nie dotyczy
1.	Aktualny wypis z rejestru sądowego – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy.			
2.	Aktualny statut – kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy.			
3.	Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy.			
4.	Oświadczenia - zgodnie z załącznikiem Nr 2 do wniosku			
5.	Oświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach – zgodnie z załącznikiem Nr 3 do wniosku.			
6.	W przypadku, gdy podmiot prowadzi działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej dołączyć należy: 1) zaświadczenie o pomocy <i>de minimis</i> otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy <i>de minimis</i> w tym okresie, 2) 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> ,			
7.	W przypadku gdy wnioskodawca jest: 1) pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej, dołącza: a) potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statutu zakładu pracy chronionej, b) informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku, c) informację, o której mowa w pkt 5 (zaświadczenie i informacje o pomocy <i>de minimis</i> ).			
8.	Inne: a) b)			

**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 ....." czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą.**

.....  
(data i podpis pracownika PCPR)

Decyzja pozytywna/negatywna o przyznaniu dofinansowania (kwota dofinansowania):.....

UMOWA NR.....z dnia.....

.....  
(pieczęćka i podpis Dyrektora)

**Załącznik Nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON sportu, kultury, rekreacji i turystyki**

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

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), dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Gdańskim, ul. Warszawska 28A, 82-100 Nowy Dwór Gdański, NIP: 5791833442, REGON: 191831780.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pan(ni) się skontaktować w sprawach ochrony Pana(ni) danych osobowych i realizacji swoich praw pod następującym adresem poczty elektronicznej: [iod@pcprndg.pl](mailto:iod@pcprndg.pl) lub pisemnie na adres Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Gdańskim, ul. Warszawska 28A, 82-100 Nowy Dwór Gdański.
3. Pana(ni) dane osobowe przetwarzane będą w celu:
  - a. zawarcia i realizacji umowy – zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b RODO – 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 zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. b RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej.
  - b. spełnienia ciężących na Administratorze Danych Osobowych obowiązków prawnych, w celach księgowych i podatkowych, itp. – zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,
  - c. w pozostałych przypadkach na podstawie udzielonej zgody - zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
4. Podanie danych w celu realizacji obowiązków prawnych jest obligatoryjne, w pozostałych przypadkach dobrowolne.
5. Odbiorcami Pana(ni) danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym dane zostają udostępnione w celu realizacji umowy np. dostawy.
6. Administrator Danych Osobowych nie przewiduje przekazywania Pana(ni) danych do państw trzecich, ani organizacji międzynarodowej w rozumieniu RODO.
7. Pana(ni) dane osobowe będą przetwarzane, przez okres wymagany literą prawa, w szczególności Ustawy z dnia 14 lipca 1983 roku o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. 1983 nr 38 poz. 173 z późn. zm.), a także Rozporządzenia 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 (Dz.U. 2011 nr 14 poz.67).
8. W odniesieniu do Pana(ni) danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, ani nie będą profilowane.
9. Wobec Administratora Danych Osobowych Posiada Pan(ni) prawo do:
  - żądania dostępu do danych – w granicach art. 15 RODO,
  - ich sprostowania – w granicach art. 16 RODO,
  - żądania usunięcia – w granicach art. 17 RODO,
  - lub ograniczenia czynności przetwarzania – w granicach art. 18 RODO,
  - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych – w granicach art. 21 RODO,
  - przenoszenia danych, w tym uzyskania ich kopii – w granicach art. 20 RODO.
10. Przysługuje Panu(ni) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
11. Szczegółowe informacje na temat Ochrony Danych zamieszczamy w Polityce Prywatności dostępnej na naszej stronie [www.pcprndg.pl](http://www.pcprndg.pl)

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

.....

.....

(pełna nazwa i adres Wnioskodawcy)

- **posiada/ nie posiada\*** zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- **był / nie był\*** w ciągu 3 lat od dnia złożenia wniosku o dofinansowanie ze środków Fundusz stroną umowy zawartej z Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- **posiada/ nie posiada\*** zaległości wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Urzędu Skarbowego,
- **jest/ nie jest\*** pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej,
- **jest/ nie jest\*** podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu Ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej,
- **jest/ nie jest\*** płatnikiem podatku VAT, w związku z tym **dokona/ nie dokona\*** odliczenia podatku należnego o podatek naliczony w ramach realizacji projektu zawartego w umowie,
- **otrzymał/ nie otrzymał\*** na podstawie odrębnych wniosków dofinansowania lub dotacji ze środków PFRON na cele objęte umową dofinansowania i nie ubiega się odrębnymi wnioskami o dofinansowanie, lub dotację ze środków PFRON na te cele,
- **posiada/ nie posiada\*** środki finansowe na wniesienie wymaganego wkładu własnego.

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 Kk o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenia prawdy.

.....

(podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić



**OŚWIADCZENIE**  
**O POSIADANIU RACHUNKU BANKOWEGO**  
**WRAZ Z INFORMACJĄ O EWENTUALNYCH OBCIĄŻENIACH**

(pełna nazwa i adres Wnioskodawcy)

1.	Nazwa banku	
	Nr rachunku bankowego	
	Informacje o ewentualnych obciążeniach	
2.	Nazwa banku	
	Nr rachunku bankowego	
	Informacje o ewentualnych obciążeniach	

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 Kk o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenia prawdy.

(podpisy osób uprawnionych do  
reprezentowania Wnioskodawcy)