



pieczęć Wnioskodawcy



data wpływu wniosku (dzień, miesiąc, rok)

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

UWAGA: Wniosek należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami. Wszelkie modyfikacje treści wzoru wniosku są zabronione

Część A: Informacje o Wnioskodawcy

1. Nazwa, siedziba i adres Wnioskodawcy

Pełna nazwa:.....					
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr lokalu	Powiat	Województwo
.....
Nr tel/fax:			e-mail:		
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż wyżej wymieniony):					

2. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy:		
Status prawny i podstawa działania:		Regon:
Nr rejestru sądowego:		Data wpisu do rejestru sądowego:
Organ założycielski:		Nr identyfikacyjny NIP:
Nazwa banku:		
Nr rachunku bankowego: □□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□		
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT?		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy Wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 02 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1829 z późn. zm.)?		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej?		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:		

Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy, w tym:

- cel działania:
- liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością
- liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje (o ile dotyczy):
.....
- znaczenie działalności Wnioskodawcy dla osób niepełnosprawnych i inne informacje:
.....

3. Informacje o zatrudnieniu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych:

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

4. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:

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

5. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie ostatnich 3 lat.

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Nr i data zawarcia umowy	Przyznana kwota	Cel (nazwa zadania)	Stan rozliczenia	Źródło: Oddział PFRON /Samorząd Powiatowy/ Samorząd wojewódzki
			<input type="checkbox"/> rozliczono prawidłowo <input type="checkbox"/> w rozliczeniu <input type="checkbox"/> nie rozliczono	
			<input type="checkbox"/> rozliczono prawidłowo <input type="checkbox"/> w rozliczeniu <input type="checkbox"/> nie rozliczono	
			<input type="checkbox"/> rozliczono prawidłowo <input type="checkbox"/> w rozliczeniu <input type="checkbox"/> nie rozliczono	
			<input type="checkbox"/> rozliczono prawidłowo <input type="checkbox"/> w rozliczeniu <input type="checkbox"/> nie rozliczono	

		<input type="checkbox"/> rozliczono prawidłowo <input type="checkbox"/> w rozliczeniu <input type="checkbox"/> nie rozliczono	
Razem:			

6. Oświadczenia Wnioskodawcy

Wnioskodawca oświadcza, że:			
1.	prowodzi i prowadził co najmniej przez dwa lata przed dniem złożenia wniosku działalność na rzecz osób niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	<i>jeśli Tak, należy krótko wskazać na czym ona polega i polegała:</i>		
2.	zatrudnia i/lub zapewnia fachową kadre do obsługi zadania	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3.	zobowiązuje się do zatrudnienia i/lub zapewnienia fachowej kadry do obsługi zadania	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
4.	posiada odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
5.	zobowiązuje się do zabezpieczenia odpowiednich warunków lokalowych i technicznych do realizacji zadania	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
6.	posiada środki własne na sfinansowanie (w tym częściowe) przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem PFRON	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
7.	pozyskał środki z innych źródeł niż własne na sfinansowanie (w tym częściowe) przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem PFRON	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
8.	W ciągu 3 ostatnich lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
9.	posiada wymagalne zobowiązania wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
10.	rachunek bankowy wskazany w części A pkt 2 niniejszego wniosku, jest obciążony i występują w jego przypadku tytuły egzekucyjne oraz zadłużenia z tytułu kredytu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
11.	jest świadomy, iż zgodnie z § 9 ust. 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dofinansowanie PFRON „Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu”	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
12.	zobowiązuje się informować pisemnie PCPR w Nowym Dworze Mazowieckim o zmianach dotyczących wniosku zaistniałych po jego złożeniu w ciągu 14 dni	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

7. Dodatkowe oświadczenia wymagane w przypadku gdy Wnioskodawcą jest pracodawca prowadzący Zakład Pracy Chronionej oraz podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 02 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej:

Wnioskodawca oświadcza, że:			
1.	w bieżącym roku kalendarzowym oraz dwóch poprzedzających go latach kalendarzowych nie skorzystał z pomocy <i>de minimis</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
2.	w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą <i>de minimis</i> oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc <i>de minimis</i> nie otrzymał innej pomocy	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	

Część B: Informacje o przedmiocie wniosku

1. Przedmiot wniosku: cel dofinansowania, nazwa zadania; zakup sprzętu sportowego.

<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Krótkie uzasadnienie wniosku:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie:

Zakupu sprzętu sportowego	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
zadania o charakterze:		
Sportowym (dot. np. organizacji zawodów sportowych)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Kulturalnym (dot. zadań związanych m.in. z promocją twórczości, edukacji, z ochroną dziedzictwa kultury oraz inicjatywami kulturalnymi. Przykłady zorganizowanej działalności kulturalnej: wyjazd do teatru, opery, filharmonii, kina, muzeum, widowiska, imprezy artystyczne, rozrywkowe, itp.)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Rekreacyjnym (dot. zadań związanych z aktywnością fizyczną, których celem jest wypoczynek i poprawa kondycji psychofizycznej uczestników)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Turystycznym (dot. wyjazdów np. krajoznawczych, poza miejsce zamieszkania związanych ze zwiedzaniem, które mogą być połączone z czynnym wypoczynkiem)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

2. Miejsce realizacji zadania, termin i jego uczestnicy

<p>Miejsce realizacji zadania (<i>w tym o ile dotyczy: adres i nazwa lokalu</i>):</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Termin realizacji zadania (termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania):</p> <p>.....</p>
<p>Planowany program merytoryczny zadania (o ile dotyczy) i opis planowanych działań związanych z jego realizacją:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Osoby, które w założeniu skorzystają z dofinansowania ze środków PFRON/uczestnicy imprezy:</p> <p>1. Uczestnicy imprezy ogółem: osób</p> <p>2. Pełnosprawni uczestnicy imprezy: osób</p> <p>3. Niepełnosprawni uczestnicy imprezy: osób, co stanowi % ogólnej liczby uczestników.</p> <p>4. Niepełnosprawni uczestnicy imprezy poniżej 18 roku życia: osób</p> <p>5. Niepełnosprawni uczestnicy imprezy powyżej 18 roku życia: osób</p>

3. Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia

1. Ogólny koszt przedsięwzięcia: zł (100% przewidywanych kosztów zadania)
2. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: zł
(kwota słownie.....),
co stanowi..... % ogólnych kosztów przedsięwzięcia.
3. Deklarowane własne środki: zł

4. Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku:

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

5. Informacje 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:

.....
.....

6. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych*:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> poprawa kondycji psychofizycznej; | <input type="checkbox"/> poprawa ogólnego stanu zdrowia; |
| <input type="checkbox"/> zmniejszenie poczucia wykluczenia; | <input type="checkbox"/> integracja społeczna; |
| <input type="checkbox"/> poprawa osobistej zaradności; | <input type="checkbox"/> wypoczynek; |
| <input type="checkbox"/> uczestnictwo w życiu kulturalnym; | |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie)..... | |

* właściwe zaznaczyć

POUCZENIE

..§ 1. Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy, albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi – kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, elektronicznego instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto wbrew ciążącemu obowiązkowi nie powiadamia właściwego podmiotu o powstaniu sytuacji mogącej mieć wpływ na wstrzymanie albo ograniczenie wysokości udzielonego wsparcia finansowego, określonego w § 1, lub zamówienia publicznego albo na możliwość dalszego korzystania z elektronicznego instrumentu płatniczego.

§ 3. Nie podlega karze, kto przed wszczęciem postępowania karnego dobrowolnie zapobiegł wykorzystaniu wsparcia finansowego, lub instrumentu płatniczego, określonych w § 1 zrezygnował z dotacji lub zamówienia publicznego albo zaspokoił roszczenia pokrzywdzonego.

(art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1600)

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

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

§ 6. Przepisy § 1-3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

(art. 233 § 1-2 oraz § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1600)

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań i fałszywych oświadczeń wynikającej z art. 233 § 1-2 oraz § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1600) oświadczam, że informacje zawarte w części **A** i **B** wniosku oraz w złożonych do niego załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
/ **data, podpis i pieczęć** (o ile dotyczy) osoby
uprawnionej do reprezentacji i zaciągania
zobowiązań finansowych Wnioskodawcy /

.....
funkcja / stanowisko

.....
/ **data, podpis i pieczęć** (o ile dotyczy) osoby
uprawnionej do reprezentacji i zaciągania
zobowiązań finansowych Wnioskodawcy /

.....
funkcja / stanowisko

UWAGA!

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części A oraz części B, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”. W przypadku gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączniku – zał. Nr” czytelnie i jednoznacznie numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie informuje, że w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek zostanie przekazany do archiwum bez rozpatrzenia.

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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanego dalej „RODO”, **informuję, że:**

- 1) administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowym Dworze Mazowieckim przy ul. Chemików 6, zwane dalej Administratorem oraz, że Administrator prowadzi operacje przetwarzania danych osobowych (o ile dotyczy),
- 2) inspektorem danych osobowych u Administratora jest Magdalena Sędek, e-mail: iod@pcprndm.pl,

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Chemików 6;
05-100 Nowy Dwór Mazowiecki
www.pcpr.nowodworski.pl tel./fax 22 365-01-20

Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji:

- zadań określonych ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2018 poz. 511 z późn. zm.);
- zadań określonych rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r. poz. 926)
- zadań określonych prawem, realizowanych dla dobra publicznego

Dane osobowe nie będą udostępnione innym odbiorcom. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia niniejszego wniosku. Wnioskodawcy przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Załączniki wymagane do wniosku (pozycje 1-10): tabelę wypełnia pracownik PCPR:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
1. Wstępny kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania (zgodnie ze wzorem, stanowiącym załącznik nr 1 do wniosku) lub oferta cenowa (np. faktura proforma) dot. zakupu sprzętu sportowego			
2. Oświadczenie Wnioskodawcy dot. wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych (zgodnie ze wzorem, stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego wniosku)			
3. Aktualny wypis z właściwego rejestru (np. wydruk z internetowego rejestru KRS) lub akt utworzenia (ważne 3 mies.)			
4. Kopia aktualnego statutu (<u>całego dokumentu</u> , nie wybranych stron)			
5. Aktualne pełnomocnictwo / dokument poświadczający sposób reprezentacji Wnioskodawcy (<u>nie dotyczy</u> sytuacji, gdy z treści wypisu z KRS lub statutu wynika jednoznacznie, że osoby składające podpisy w treści niniejszego wniosku są do tego uprawnione)			
Dodatkowe załączniki wymagane w sytuacji gdy Wnioskodawcą jest pracodawca prowadzący Zakład Pracy Chronionej:			
6. Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu ZPCh			
7. Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków Zakładowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych za okres 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku			
8. informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie 3 kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców.			

9. zaświadczenia o pomocy <i>de mini mis</i> otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy <i>de mini mis</i> w tym okresie			
10. Informacje o każdej pomocy innej niż <i>de mini mis</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 mini mis</i>			
Dodatkowe załączniki wymagane w sytuacji gdy Wnioskodawcą jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 02 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej:			
6. zaświadczenia o pomocy <i>de mini mis</i> otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy <i>de mini mis</i> w tym okresie			
7. Informacje o każdej pomocy innej niż <i>de mini mis</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 mini mis</i>			
Inne dokumenty:			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części B

.....
Podpis i pieczęć imienna
pracownika PCPR

Część C: Załączniki do wniosku wymagane przed podpisaniem umowy, do złożenia których zobowiązany jest Wnioskodawca w terminie 14 dni od dnia otrzymania pisemnej informacji o przyznaniu dofinansowania ze środków PFRON.

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku (tabelę wypełnia pracownik PCPR)

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
1. Kosztorys wydatków (aktualizacja wstępnego kosztorysu) związanych z realizacją zadania (zgodnie ze wzorem, stanowiącym załącznik nr 1 do wniosku)			
2. Lista wszystkich uczestników imprezy (nie dotyczy imprez masowych oraz wniosków o dofinansowanie zakupu sprzętu sportowego)			
3. Wystawione przez bank zaświadczenie, potwierdzające posiadanie rachunku bankowego (z podaniem jego nr) wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach			
Dodatkowy załącznik wymagany w sytuacji gdy Wnioskodawcą jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 02 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej i pracodawca prowadzącym Zakład Pracy Chronionej :			
4. Zaktualizowana informacja o pomocy de minimis lub innej pomocy publicznej przeznaczonej na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą otrzymanej po złożeniu wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części C

.....
Podpis i pieczęć imienna
pracownika PCPR

Część D: Adnotacje urzędowe PCPR

Decyzja o przyznaniu dofinansowania:

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

.....
(data i podpis osoby podejmującej decyzję)