

Nr w rejestrze:

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**  
**ul. Lędzińska 24**  
**43-140 Lędziny**

Data wpływu wniosku

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**  
**sportu, kultury, rekreacji i turystyki**

**I. Część A: Informacje o Wnioskodawcy:**

**1. Nazwa i adres Wnioskodawcy:**

Pełna nazwa:					
Miejscowość:	Kod:	Ulica:	Nr:	Powiat:	Województwo:
Nr tel.:			Nr faksu:		
e-mail: .....@.....					

**2. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych**

(pieczęćka imienna)

podpis

(pieczęćka imienna)

podpis

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

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	<b>TAK</b> <input type="checkbox"/>	<b>NIE</b> <input type="checkbox"/>
Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	<b>TAK</b> <input type="checkbox"/>	<b>NIE</b> <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości:		<b>zł</b>

**4. Informacja o korzystaniu przez Wnioskodawcę ze środków PFRON**

<b>Czy Wnioskodawca w ciągu 3 ostatnich lat był stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON i umowa ta została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy?</b> <i>/Należy wstawić X we właściwej rubryce/</i>	<b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązanie* wobec PFRON?</b> <i>/Należy wstawić X we właściwej rubryce/</i>
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

*Uwaga:* Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

**5. Informacje o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych:**

Wnioskodawca zatrudnia ogółem osób (w przeliczeniu na etaty)	Etatów	
Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne (w przeliczeniu na etaty)	Etatów	
Wskaźnik zatrudnienia niepełnosprawnych	%	
Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczonym 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)		
w tym do lat 18 .....	Powyżej lat 18 .....	Razem .....

**6. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:**

<b>Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy:</b>	
<b>Status prawny</b>	<b>Regon</b>
<b>Nr rejestru sądowego</b>	<b>Data wpisu do rejestru sądowego</b>
<b>Organ założycielski</b>	<b>Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP)</b>
<b>Nazwa banku</b>	<b>Numer konta bankowego</b>
<b>Czy Wnioskodawca jest płatnikiem</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:</b>	

**7. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON:**

<b>Czy wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie z PFRON</b>					<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Numer umowy i data zawarcia	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło:	
<b>RAZEM</b>		Razem kwota	Rozliczona			
<b>W tym na rzecz:</b>						

<b>Syntetyczny (całościowy) opis efektów przyznanego dofinansowania</b>	



**4. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania, w tym:**

**4.1. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych**

Kwota: .....zł (słownie:  
.....złotych)

**4.2 Dotychczasowe źródła finansowania zadania**

*( Należy określić skąd pochodziły środki finansowe na dany cel )*

W związku z powyższym w załączeniu przedkładam dokumenty, które potwierdzają dotychczas poniesione nakłady na realizację zadania (źródła finansowania).

**5. Załączniki wymagane do wniosku :**

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1) Aktualny wypis z krajowego rejestru sądowego /ważny 3 miesiące/				
2) Statut*/Umowa*				
3) Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)				
4) Program merytoryczny zadania, w tym: nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania				
5) Udokumentowane posiadanie konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach				
6) Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych				
7) Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON				
8) Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania				
9) Oświadczenie/Zaświadczenie Wnioskodawcy, że nie posiada zaległości wobec ZUS i Urzędu Skarbowego				
10) Dokumenty, które potwierdzają dotychczas poniesione nakłady na realizację zadania /jeśli dotyczy/				
11) Inne dokumenty :				
a )				
b )				

/\* niepotrzebne skreślić/

**6. Oświadczenia**

- 1) Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę 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 prowadzę działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed złożeniem wniosku:\*\* .....

.....  
.....  
1. \* *niepotrzebne skreślić*

2. \*\* *Krótki opis działań zrealizowanych przez Wnioskodawcę na rzecz osób niepełnosprawnych w ciągu ostatnich 2 lat*

Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

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

## **7. Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną RODO**

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, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie 43-140 Łędziny, ul. Łędzińska 24 informuje, iż:

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji ustawowych i statutowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie. Przedstawione poniżej informacje przekazujemy aby było wiadomo kto i w jaki sposób przetwarza Pani/Pana dane osobowe.

1. Administratorem Pani/Pana danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie 43-140 Łędziny, ul. Łędzińska 24 w Łędzinach, reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
2. Powołaliśmy Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym może się Pani/Pan skontaktować pisząc na adres e-mail: [iod@powiatbl.pl](mailto:iod@powiatbl.pl), tel. 32 226 91 74.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych i statutowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łędzinach - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).
4. Posiada Pani/Pan prawo do dostępu do swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, żądania ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
5. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
7. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji zadań jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa.

**Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z powyższą klauzulą informacyjną RODO**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
/ podpisy osób uprawnionych  
do reprezentacji Wnioskodawcy/