

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	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:	zł	

4. Informacja o korzystaniu przez Wnioskodawcę ze środków PFRON

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? <i>/Należy wstawić X we właściwej rubryce/</i>	Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązanie* wobec PFRON? <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:

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

7. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON:

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

Syntetyczny (całościowy) opis efektów przyznanego dofinansowania	

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. informuje, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Lędzińska 24, 43-140 Lędziny reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lędzinach.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: mail: sekretariat@pcprledziny.pl z dopiskiem IOD, tel. +48 501070616
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych i statutowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz Art. 9 ust. 2 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO),
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa,
6. 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,
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji zadań jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa a w pozostałym zakresie dobrowolne.

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

.....
(miejsowość, data)

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