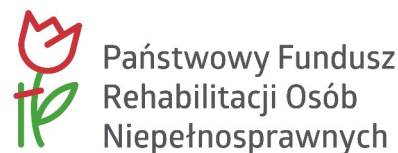


Data wpływu:

Nr sprawy:



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	Wartość
Pełna nazwa Wnioskodawcy:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Strona internetowa:	

ADRES SIEDZIBY

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Poczta:	
Kod pocztowy:	

Taki sam jak adres siedziby

ADRES KORESPONDENCYJNY

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Poczta:	
Kod pocztowy:	

OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

Nazwa pola	Wartość
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 upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy

Imię i nazwisko	Funkcja

II. INFORMACJE DODATKOWE

Nazwa pola	Wartość
Status prawny:	
Nr rejestru sądowego:	
Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	
REGON:	
NIP:	
Podstawa działania:	
Sektor finansów:	<input type="checkbox"/> Publicznych <input type="checkbox"/> Niepublicznych
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Czy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych (dot. osób, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu 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 PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Wartość
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

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?

Nie

Tak

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia	Kwota rozliczona

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa zadania, cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:

Nazwa zadania:

.....

Nazwa pola	Wartość
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	Wartość
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	Wartość
Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:	

II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA

Nazwa pola	Wartość
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	Wartość
Publiczne:	
Niepubliczne:	

III. Kosztorys rzeczowo-finansowy obejmujący rodzaje kosztów związanych z realizacją przedsięwzięcia

Lp.	Zakres rzeczowy wg rodzajów kosztów	Zakres finansowy		
		Całkowita wartość rodzajów kosztów	Pozostałe źródła finansowania (w tym udział własny)	Kwota dofinansowania ze środków PFRON
Razem:				
Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:				

Data i pieczęć wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	Aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej (ważny 3 miesiące).
2.	Statut.
3.	Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo).
4.	Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach.
5.	Kopia decyzji w sprawie przyznania statusu Zakładu Pracy Chronionej i informację o sposobie i wysokości wykorzystania zakładowego funduszu rehabilitacyjnego (jeśli dotyczy).
6.	Program merytoryczny imprezy (nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji imprezy).
7.	Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON.
8.	Lista niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności (nie dotyczy imprez masowych).
9.	Oświadczenie, że Wnioskodawca nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
10.	Oświadczenie, że Wnioskodawca w ciągu ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku był/nie był stroną umowy z PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.
11.	Oświadczenie, że Wnioskodawca zatrudnia (bądź zobowiązuje się do zatrudnienia) fachową kadrę do obsługi imprezy.
12.	Oświadczenie, że Wnioskodawca posiada odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji imprezy.
13.	Oświadczenie, że Wnioskodawca jest/nie jest płatnikiem podatku VAT.
14.	Informacja o pomocy publicznej udzielanej w okresie trzech lat.

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista
1. Klauzula informacyjna RODO 2. Dodatkowe informacje do wniosku (załącznik nr 1)

PODPISANY WNIOSEK

Plik

INFORMACJE O REALIZACJI OBOWIĄZKU WPŁAT NA RZECZ PFRON

Nazwa pola	Wartość
Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
W przypadku zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON podać podstawę prawną:	
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku:	

INFORMACJE O ZATRUDNIENIU I REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Wartość
Wnioskodawca zatrudnia ogółem osób (w przeliczeniu na etaty): etatów
Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne (w przeliczeniu na etaty): etatów
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych %

INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie organizacji imprezy w zakresie:	<input type="checkbox"/> Sportu <input type="checkbox"/> Kultury <input type="checkbox"/> Rekreacji <input type="checkbox"/> Turystyki

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych

Wnioskujący o dofinansowanie

1. Administratorem Państwa danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Golubiu-Dobrzyniu z siedzibą w Golubiu - Dobrzyniu ul. Doktora Jerzego Gerarda Koppa 1, 87 - 400 Golub – Dobrzyń- tel.: 56 683 54 76, kom.: 784 301 266, e-mail: pcpr@golub-dobrzyn.com.pl
2. Państwa dane będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze na podstawie art. 6 ust.1 litera c RODO, związanym z przyznaniem dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) do sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych w zakresie imprez o zasięgu ogólnopolskim stosownie do Ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j Dz. U z 2021 r., poz. 573) i aktów wykonawczych do ustaw.
3. Podanie danych jest wymogiem ustawowym i niezbędnym w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie, niepodanie danych może skutkować odmową realizacji dofinansowania.
4. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
5. Mają Państwo prawo złożenia skargi na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6. Państwa dane mogą być udostępniane przez Administratora danych podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa.
7. Został wyznaczony Inspektor ochrony danych, z którym można kontaktować się poprzez adres e-mail: iod@golub-dobrzyn.com.pl.
8. Państwa dane od momentu pozyskania będą przechowywane przez okres wynikający z regulacji prawnych- kategorii archiwalnej dokumentacji, określonej w jednolitym rzeczowym wykazie akt dla naszej Jednostki.
9. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób automatyczny.

.....
data i podpis osoby zapoznającej się z klauzulą informacyjną RODO