



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl e-mail: sekretariat@pcprkartuzy.pl

.....
numer sprawy
(wypełnia pracownik PCPR)

.....
data wpływu wniosku

**WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON
organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych**

1. Nazwa i adres siedziby wnioskodawcy

Pełna nazwa			
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu
Województwo			

2. Informacje o siedzibie wnioskodawcy

Numer NIP		Numer REGON	
Nazwa banku	Numer rachunku bankowego		

3. Status prawny i podstawa działania

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

4. Dane osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy w sprawie:

Imię i nazwisko	Pełniona funkcja i podstawa upoważnienia
-----------------	--

Imię i nazwisko	Pełniona funkcja i podstawa upoważnienia
-----------------	--



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl e-mail: sekretariat@pcprkartuzy.pl

5. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w latach ubiegłych:

<i>Nr i data zawarcia umowy</i>	<i>Kwota przyznana</i>	<i>Cel</i>	<i>Termin rozliczenia</i>	<i>Stan rozliczenia</i>
<i>Razem:</i>		<i>Razem kwota rozliczenia:</i>		

6. Nazwa przedsięwzięcia:

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

7. Opis przedsięwzięcia (w tym liczba adresatów, sposób rekrutacji uczestników, itp.)

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

**Planowana liczba uczestnikóww tymosób niepełnosprawnych.....
dzieci i młodzieży niepełnosprawnej orazopiekunów**

a) Cel główny przedsięwzięcia

- sportowy kulturalny rekreacyjny turystyczny

.....
.....



b) Cele szczegółowe zadania

.....

.....

.....

.....

.....

.....

c) Planowane działania

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

d) Miejsce i termin realizacji zadania

.....

.....

.....

e) Zakładane rezultaty zadania

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

f) Partnerzy przedsięwzięcia

.....

.....

.....

.....



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl e-mail: sekretariat@pcprkartuzy.pl

8. Posiadane zasoby, które zapewnią realizację przedsięwzięcia

kadrowe:

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

rzeczowe:

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

finansowe:

.....
.....

9. Koszty realizacji przedsięwzięcia:

Lp.	Wyszczególnienie wydatków	Koszty ogółem	Realizacja ze środków		Udział w %
			PFRON	Własne/sponsora	
1					
2					
3					
4					
5					
...					
...					
...					
Razem					

10. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 60% kosztów zadania).....zł słownie:

.....



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl e-mail: sekretariat@pcprkartuzy.pl

11. Pouczenia:

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 k.k. w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 k.p.a. za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

Zobowiązuję się przed zawarciem umowy przedstawić zaktualizowaną informację 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 Funduszu – dotyczy podmiotów prowadzących działalność gospodarczą.

Uwaga:

Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania. Koszty poniesione przed ewentualnym podpisaniem umowy nie podlegają dofinansowaniu.

.....
data

.....
podpis osób uprawnionych do reprezentowania
wnioskodawcy

I. Załączniki dotyczą wszystkich wnioskodawców:

1. dokument potwierdzający prowadzenie działalności statutowej na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku,
2. dokumenty potwierdzające o zapewnieniu odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania,
3. dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu,
4. statut organizacji, jednostki - potwierdzony za zgodność z oryginałem,
5. wypis z Krajowego Rejestru Sądowego (nie starszy niż 3 miesiące) lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej a w przypadku Jednostek Samorządu Terytorialnego uchwały o utworzeniu,
6. pełnomocnictwa w przypadku, gdy wniosek jest podpisany przez osoby upoważnione do reprezentowania,
7. udokumentowanie posiadania rachunku bankowego,
8. oświadczenie wnioskodawcy o nie zaleganiu wobec PFRON oraz nie będącego stroną umowy zawartej i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy.



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl e-mail: sekretariat@pcprkartuzy.pl

II. Załącznik dla wnioskodawcy - przedsiębiorcy:

1. informacja o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis,
2. zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe lub oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy de minimis w tym zakresie.

III. Załączniki dla wnioskodawcy pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej:

1. potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
2. informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed data złożenia wniosku,
3. informacja o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis,
4. zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe lub oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy de minimis w tym zakresie.

KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku z rozpoczęciem stosowania z dniem 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy, iż na podstawie art. 13 RODO od dnia 25 maja 2018 r. będą Pani/Panu przysługiwały określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**.

1. Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie** z siedzibą w Kartuzach, ul. Mściwoja II 20, e-mail: sekretariat@pcprkartuzy.pl
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@pcprkartuzy.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych związanym m.in. z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych,
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
5. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenie z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych,
6. Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa,
7. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej,
8. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji,
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu,
10. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
11. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym,
12. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl e-mail: sekretariat@pcprkartuzy.pl

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczęć wnioskodawcy

**Powiatowe Centrum Pomocy
Rodzinie w Kartuzach**

Oświadczenie

W związku z treścią § 5 ust. 1, pkt 2 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 (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 926);

Potwierdzam, że prowadzę działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.

.....
(czytelny podpis osób uprawnionych do
reprezentacji wnioskodawcy, pieczęć)

Powyższe oświadczenie zostaje złożone w świadomości o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy, zgodnie z art. 233 § 1 kodeksu karnego.



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl e-mail: sekretariat@pcprkartuzy.pl

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczęć wnioskodawcy

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach

Oświadczenie

W związku z treścią § 9 ust. 1 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 (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 926);

Oświadczam, że nie posiadam/posiadam* zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu 3 lat od dnia złożenia wniosku o dofinansowanie ze środków Funduszu nie byłem(łam) stroną umowy zawartej z Funduszem, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

*niepotrzebne skreślić

.....
(czytelny podpis osób uprawnionych do reprezentacji
Wnioskodawcy, pieczęć)

Powyższe oświadczenie zostaje złożone w świadomości o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy, zgodnie z art. 233 § 1 kodeksu karnego