

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

**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:	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

**INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Wartość
Czy Wnioskodawca prowadzi działalność rehabilitacyjną na rzecz 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 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
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

<b>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)?:</b>	<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 pola	Wartość
<b>Cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:</b>	
<b>Liczba uczestników:</b>	
<b>W tym liczba opiekunów:</b>	
<b>Liczba osób niepełnosprawnych:</b>	
<b>Do lat 18:</b>	
<b>Powyżej 18 lat:</b>	
<b>Liczba mieszkańców wsi:</b>	
PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA	
Nazwa pola	Wartość
<b>Planowane miejsce realizacji zadania:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji zadania:</b>	
<b>Termin zakończenia:</b>	

**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
<b>Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:</b>	

**II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA**

Nazwa pola	Wartość
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
Słownie:	
<b>Własne środki przeznaczone na realizację zadania:</b>	

**Inne źródła finansowania ogółem**

z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON

Nazwa pola	Wartość
<b>Publiczne:</b>	
<b>Niepubliczne:</b>	

**Harmonogram**

### 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	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista
Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego
Statut
Pełnomocnictwo osób do reprezentowania Organizacji
Zaświadczenie z banku o rachunku bankowym wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach
Oświadczenie o pomocy publicznej
Program merytoryczny imprezy
Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania
Lista niepełnosprawnych uczestników przedsięwzięcia z podaniem stopnia niepełnosprawności



### Informacja

#### o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Jarocinie\*

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jarocinie, dalej PCPR Jarocin. Dane teleadresowe: ul. Dworcowa 2, 63-200 Jarocin, tel.: 62 505 46 06, e-mail: pcpr@pcprjarocin.pl
- 2) Funkcję Inspektora Ochrony Danych Osobowych pełni dr n. prawnych Bartosz Mendyk. Z Inspektorem można się kontaktować pod adresem [iod@powiat-jarocinski.pl](mailto:iod@powiat-jarocinski.pl) oraz tel. 507-054-139.
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu weryfikacji i przyznania dofinansowania na dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- 4) Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych realizowane będzie na podstawie prawnej określonej przez art. 6 ust. 1 lub art. 9 ust. 2 RODO i wynikać będzie z przepisów prawa określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz innych aktach prawnych określających zadania i obowiązki do realizacji przez PCPR. Administrator nie planuje dalej przetwarzać danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.
- 5) Kategorie przetwarzanych danych osobowych: dane zwykłe, szczególne kategorie (wrażliwe).
- 6) Dostęp do Pani/Pana danych osobowych znajdujących się w PCPR Jarocin posiadają wyłącznie upoważnieni pracownicy i tylko w zakresie niezbędnym do realizacji obowiązków służbowych. Odbiorcami mogą być inne instytucje publiczne, w szczególności Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i tylko na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Dane nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.
- 7) Pani/Pana dane osobowe pozyskiwane mogą być z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- 8) Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami kancelaryjno – archiwalnymi obowiązującymi w PCPR Jarocin zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach tj. 10 lat.
- 9) Posiada Pani/Pan prawo (żądania):
  - dostępu do swoich danych,
  - w dowolnej chwili wycofać zgodę w tak łatwy sposób, jak jej udzielono,
  - do sprostowania (poprawiania) danych,
  - do ograniczenia przetwarzania danych,
  - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.Zakres Pani/Pana praw (żądań) jest ograniczony i wynika z obowiązków nałożonych przez przepisy prawa na administratora. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem dalszego przetwarzania, którego dokonuje się na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
- 10) Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym profilowane.
- 11) Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
- 12) W przypadku kiedy Pani/Pan podajecie swoje dane osobowe do przetwarzania w celu przyznania dofinansowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki podanie danych jest obowiązkowe, a niepodanie danych spowoduje odmowę rozpatrzenia wniosku.

\* Obowiązek informacyjny wobec osób, które dane dotyczą, wynika z art. 13 Rozporządzenie 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 (RODO)