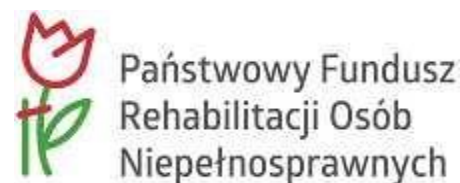


Data wpływu:

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

ADRES SIEDZIBY

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

Taki sam jak adres siedziby

ADRES KORESPONDENCYJNY

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

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	PESEL	Funkcja

II. INFORMACJE DODATKOWE

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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	Do uzupełnienia
Czy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją 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	Do uzupełnienia
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:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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	Do uzupełnienia
Planowane miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji zadania:	
Termin zakończenia:	

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:				

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

- Aktualny wypis z rejestru sądowego (ważny 3 miesiące) lub inny dokument świadczący o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.
- Statut (regulamin).
- Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo).
- W przypadku, gdy podmiot prowadzi działalność gospodarczą w rozumieniu Ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U z 2017 r. poz. 2168 z późn. zm. i z 2018 r. poz. 107 z późn. zm.) do wniosku dołączyć należy:
 - Zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie,
 - Informację 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 związana jest pomoc de minimis.
- W przypadku Zakładów Pracy Chronionej do wniosku dołączyć należy:
 - Potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
 - Informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku,

OŚWIADCZENIA

- Wnioskodawca oświadcza, iż posiada rachunek bankowy o numerze _____ w _____. Rachunek ten nie jest obciążony zobowiązaniami.
- Wnioskodawca oświadcza, że nie posiada zaległości w terminowym regulowaniu zobowiązań wobec PFRON.
- Wnioskodawca oświadcza, że posiada środki własne lub pozyska je z innych źródeł na dofinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.
- Wnioskodawca oświadcza, że złożony wniosek obejmuje realizacją wyłącznie osoby niepełnosprawne z Powiatu Tatrzańskiego.
- Wnioskodawca oświadcza, że zapewni odpowiednie dla potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe do realizacji zadania oraz zapewni niezbędną kadrę do realizacji zadania.
- Wnioskodawca oświadcza, że przyjmuje do wiadomości, iż wniosek będzie rozpatrzony na podstawie zasad ujętych w Załączniku do Zarządzenia Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem p.n. „Zasady udzielania dofinansowania osobom niepełnosprawnym ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach zadań powiatu w zakresie realizacji rehabilitacji społecznej w 2024 r.”
- Wnioskodawca oświadcza, że został poinformowany iż wniosek będzie rozpatrzony po otrzymaniu środków z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i ich podziale przez Radę Powiatu Tatrzańskiego w 2024 r.

Klauzula informacyjna

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest udzielona dobrowolnie na podstawie art. 6 ust. 1 lit a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a. 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).

- 1.Administratorami Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w systemie SOW są:
 - a. PFRON z siedziba główną w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych powołanego w PFRON- iod@pfron.org.pl,
 - b. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5, 34-500 Zakopane, reprezentowane przez Dyrektora Renatę Zielińską.
- 2.W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem został powołany Inspektor Ochrony Danych, z którym można kontaktować się telefonicznie: 799 186 893 oraz mailowo: randal999@wp.pl.
- 3.Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań urzędu z zakresu rehabilitacji społecznej.
- 4.W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - a. dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązane jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem;
 - b. sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
 - c. ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO.
- 5.W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 6.Dane nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim ani też organizacji międzynarodowej, nie będą również podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
- 7.Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny, wynikający z przepisów prawa.
- 8.W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9.Podanie danych osobowych jest dobrowolne i niezbędne do założenia konta w systemie SOW. Odmowa podania ww. danych uniemożliwi złożenie wniosku i jego rozpatrzenie.

Wnioskodawca został poinformowany o konieczności zaktualizowania danych ujętych w złożonym wniosku przed jego rozpatrzeniem, z uwagi na fakt, że wniosek został złożony w roku poprzedzającym realizację tego zadania.

Data i pieczęć wnioskodawcy

