**Data wpływu:** Załącznik do Zarządzenia Nr 38/2022 Dyrektora MOPR w Słupsku

z dnia 29 kwietnia 2022 r.

**Nr sprawy:**

# WNIOSEK o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki

**\*właściwe zaznaczyć**

## 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:** |  |

### ADRES KORESPONDENCYJNY

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

### OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **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 | Do uzupełnienia |
| **Status prawny:** |  |
| **Nr rejestru sądowego:** |  |
| **Data wpisu do rejestru sądowego:** |  |
| **Organ założycielski:** |  |
| **REGON:** |  |
| **NIP:** |  |
| **Podstawa działania:** |  |
| **Sektor finansów:** | **□** publicznych**\***  **□** 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:** | **□** Nie**\*** **□** Tak**\*** |
| **Opis prowadzonej działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed złożeniem wniosku:** |  |
| **Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:** | **□**  Nie **\*** **□** Tak**\*** |
| **Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:** |  |
| **Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:** | **□** Nie dotyczy **\*** **□** Nie**\*** **□** Tak**\*** |
| **Podstawa prawna:** |  |
| **Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:** | **□** Nie**\*** **□** 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)?:** | **□** Nie**\*** **□** Tak**\*** |
| **Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:** | **□**  Nie**\*** **□** Tak**\*** |
| **Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:** | **□** Nie **\*** **□** Tak**\*** |
|  |  |
| **Czy wnioskodawca był stroną zawartej umowy z FRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy?** | **□** Nie **\*** **□**  Tak**\*** |
| **Jeżeli wnioskodawca był stroną umowy z PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy – wskazać numer i datę zawartej umowy, cel przyznania środków oraz datę rozwiązania umowy:** |  |

### 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, wskazanie czy wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie imprezy sportowej/turystycznej/kulturalnej/rekreacyjnej:** |  |
| **Liczba uczestników:** |  |
| **W tym liczba opiekunów:** |  |
| **Liczba osób niepełnosprawnych:** |  |
| **Do lat 18:** |  |
| **Powyżej 18 lat:** |  |
| **Liczba mieszkańców Miasta Słupska:** |  |

#### PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **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 | Do uzupełnienia |
| **Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:** |  |

### II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania:** |  |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:** |  |
| Słownie: |  |
| **Własne środki przeznaczone na realizację zadania ( minimum 40% wkładu własnego)** |  |

#### Inne źródła finansowania ogółem

z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Publiczne:** |  |
| **Niepubliczne:** |  |

### Harmonogram planowanej imprezy

### 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( osób uprawnionych do reprezentacji)* |
|  |

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | **OŚWIADCZENIA**  Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych Ja niżej podpisana, oświadczam, iż zostałam poinformowana, że: 1. Administratorem przekazanych danych osobowych jest Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku z siedzibą przy ul. Słonecznej 15D, 76-200 Słupsk. 2. Inspektorem Ochrony Danych jest Edyta Zubka, z którą można kontaktować się e-mailowo: e.zubka@mopr.slupsk.pl 3. Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn.zm.), w tym Programu „Aktywny Samorząd”. 4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c) 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). 5. Podanie danych w momencie złożenia wniosku jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie odmową rozpatrzenia sprawy. 6. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania. 7. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. 8. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa. 9. Dane osobowe, które są przetwarzane w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Słupsku nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.   |  | | --- | | *Data i pieczęć wnioskodawcy( osób uprawnionych do reprezentacji)* | |  | |
|  | Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r – Kodeks Karny (t.j Dz.U z 2021 r. poz.2345 z poźn.zm ) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat pięciu. Art. 233 § 1 kk.   |  | | --- | | *Data i pieczęć wnioskodawcy( osób uprawnionych do reprezentacji)* | |  | |

### LISTA WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW

|  |
| --- |
| 1.Udokumentowanie posiadania konta bankowego,  2.Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sadowego albo z ewidencji działalności gospodarczej a w przypadku gdy wnioskodawcą jest jednostka samorządu terytorialnego – uchwała o utworzeniu (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli przez osoby upoważnione)  3. Statut lub inny dokument będący podstawą działalności ( kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli przez osoby upoważnione)  4.Pełnomocnictwo – gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania wnioskodawcy  5.Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku  6.Dokumenty potwierdzające warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania  7.Dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON ( np. wyciąg z rachunku bankowego)  8.Oświadczenie wnioskodawcy, o nie posiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  9. W przypadku  -podmiotów prowadzących działalność gospodarczą:   * + zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie,   + informacje 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.   -pracodawców prowadzących zakład pracy chronionej:   * + potwierdzoną za zgodność z oryginałem 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,   + zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie,   + informacje 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. |

**\*właściwe zaznaczyć**