

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY  
RODZINIE W WOLSZTYNIE**  
ul. Marcinkowskiego 6  
64-200 Wolsztyn  
tel. 68 384 35 02  
e-mail: [pcpr@powiatwolsztyn.pl](mailto:pcpr@powiatwolsztyn.pl)  
[www.pcpr.powiatwolsztyn.pl](http://www.pcpr.powiatwolsztyn.pl)

Data wpływu wniosku .....  
(wypełnia PCPR)

Nr kolejny wniosku .....  
(wypełnia PCPR)

/pieczęć Wnioskodawcy/

**WNIOSEK  
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB  
NIEPEŁNOSPRAWNYCH ORGANIZACJI SPORTU, KULTURY, REKREACJI I TURYSTYKI**

**Część A: Informacje o Wnioskodawcy**

**1. Nazwa i adres Wnioskodawcy:**

Pełna nazwa:				
		-		
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica		Nr Powiat
Nr tel.: kierunkowy:..... tel:..... Nr faxu.....				

**Siedziba Wnioskodawcy /wypełnić jeśli adres jest inny niż wyżej/:**

		-		
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica		Nr Powiat
Nr tel.: kierunkowy:..... tel:..... Nr faxu.....				

**2. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy:**

/pieczęć imienna/
podpis .....

/pieczęć imienna/
podpis .....

**2.1. Dane osoby upoważnionej do prowadzenia sprawy:**

Imię i nazwisko	Funkcja	Nr tel.

**3. Informacje o stanie prawno – finansowym Wnioskodawcy:**

<b>Status prawny</b>	<b>Podstawa działania</b>
<b>Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej</b>	<b>Data wpisu do rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej</b>
<b>Nr REGON</b>	<b>Nr Identyfikacji Podatkowej (NIP)</b>
<b>Nazwa banku</b>	<b>Nr konta bankowego</b>

**4. Dodatkowe informacje o Wnioskodawcy:**

Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca jest przedsiębiorcą:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

**5. Informacja o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:**

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości	..... zł	

**6. Informacje o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych:**

Wnioskodawca zatrudnia ogółem osób /w przeliczeniu na etaty/	..... etatów
Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne /w przeliczeniu na etaty/	..... etatów
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych /liczba osób zatrudnionych/ liczba zatrudnionych osób niepełnosprawnych/	.....%

### 7. Informacje o działalności rehabilitacyjnej na rzecz osób niepełnosprawnych:

Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:		
zawodowej <input type="checkbox"/>	lecniczej <input type="checkbox"/>	społecznej <input type="checkbox"/>
Ilość osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu) .....		

### 8. Informacja o działalności Wnioskodawcy:

Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy: ..... .....
Syntetyczna charakterystyka:..... ..... ..... .....
Działalność statutowa Wnioskodawcy, w szczególności na rzecz osób niepełnosprawnych: .....
..... ..... ..... ..... .....
Cel działania: .....
..... ..... ..... .....
Teren działania:.....
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością:.....
Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje:.....
.....
Znaczenie działalności dla osób niepełnosprawnych:.....
..... ..... .....
i inne informacje: .....
..... ..... .....





**11. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek, wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:**

Czy Wnioskodawca do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek poniósł nakłady finansowe na realizację planowanego zadania:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Źródło finansowania:	Wartość nakładów:	
a) .....	..... zł	
b) .....	..... zł	

**12. Przewidywane efekty realizacji zadania:**

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

**POUCZENIE**

1. We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części A i B, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”
2. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr .....” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą.

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

1. Oświadczamy, że nie posiadamy wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
2. Oświadczamy, że nie byliśmy w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po naszej stronie.
3. Oświadczamy, że dane zawarte w części A i B wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
4. O wszelkich zaistniałych zmianach mających wpływ na realizację wniosku zobowiązujemy się niezwłocznie powiadomić Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie.
5. Oświadczamy, że zobowiązujemy się do zatrudnienia fachowej kadry do realizacji zadania.

Upředzeni o odpowiedzialności karnej z art. 233 ustawy z dnia 06.06.1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444) oświadczamy, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

**UWAGA!**

Wnioski o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na organizację sportu, kultury, rekreacji i turystyki zostaną rozpatrzone po otrzymaniu planu finansowego na rok 2021.

.....  
/data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wnioskodawcy/

.....  
/data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wnioskodawcy/

## ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

Nazwa załącznika	/wypełnia PCPR/		
	Załączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia
1. Aktualny odpis /ważny 3 miesiące od daty wystawienia/ lub informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z odpowiedniego rejestru KRS, wydruk lub zaświadczenia z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP /ważny 3 miesiące od daty wystawienia/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Statut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Sposób reprezentacji /pełnomocnictwo/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Zaświadczenie banku potwierdzające posiadanie rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Oświadczenie czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT /wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 1 do wniosku/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Informacja o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku /opis działań zrealizowanych na rzecz osób niepełnosprawnych/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Zaświadczenie 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 /wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do wniosku/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką Wnioskodawca otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, którym jest związana pomoc de minimis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Oświadczenie iż Wnioskodawca nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielenia pomocy /wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 3 do wniosku/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Potwierdzona kopia decyzji sprawie przyznania statusu ZPCHR*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania - program merytoryczny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania /wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 4 do wniosku/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Oświadczenie potwierdzające zapewnienie odpowiednich do potrzeb os. niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania /wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 5 do wniosku/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Oświadczenie potwierdzające posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie planowanych przedsięwzięć w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON /wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 6 do wniosku/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Klauzula informacyjna /wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 7 do wniosku/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\* wypełnia tylko Zakład Pracy Chronionej

.....  
/pieczęć Wnioskodawcy/

## OŚWIADCZENIE

Oświadczamy, że .....

/pełna nazwa Wnioskodawcy/

.....  
/adres Wnioskodawcy/

jest / nie jest\* płatnikiem VAT w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. – o podatku od towarów i usług.

Oświadczamy, że znana jest nam treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....  
/data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wnioskodawcy/

.....  
/data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wnioskodawcy/

\* niepotrzebne skreślić



.....  
/pieczęć Wnioskodawcy/

## OŚWIADCZENIE

Działając w imieniu .....

/pełna nazwa Wnioskodawcy/

.....  
/adres Wnioskodawcy/

oświadczamy, że nie korzystaliśmy w bieżącym roku kalendarzowym oraz w poprzednich dwóch latach z pomocy de minimis.

Oświadczamy, że znana jest nam treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....  
/data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wnioskodawcy/

.....  
/data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wnioskodawcy/

.....  
/pieczęć Wnioskodawcy/

## OŚWIADCZENIE

Działając w imieniu .....

/pełna nazwa Wnioskodawcy/

.....  
/adres Wnioskodawcy/

oświadczamy, że nie jesteśmy przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielenia pomocy.

Oświadczamy, że znana jest nam treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....  
/data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wnioskodawcy/

.....  
/data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wnioskodawcy/

.....  
/pieczęć Wnioskodawcy/

**Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania  
z zakresu sportu, kultury, rekreacji i turystyki**

Nazwa zadania: .....

Termin realizacji zadania .....

Miejsce realizacji zadania .....

Całkowity koszt zadania ..... zł,

w tym:

- wysokość środków własnych ..... zł,

- innych źródeł ..... zł,

**Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON ..... zł**

Lp.	Rodzaj kosztów	Całkowity koszt zadania	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON	Środki własne	Inne źródła finansowania zadania
<b>Łącznie:</b>					

.....  
/data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wnioskodawcy/

.....  
/data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wnioskodawcy/

.....  
/pieczęć Wnioskodawcy/

## OŚWIADCZENIE

Działając w imieniu .....

/pełna nazwa Wnioskodawcy/

.....  
/adres Wnioskodawcy/

oświadczamy, że zapewnimy odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania pn. ....

Oświadczamy, że znana jest nam treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....  
/data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wnioskodawcy/

.....  
/data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wnioskodawcy/

.....  
/pieczęć Wnioskodawcy/

### OŚWIADCZENIE

Działając w imieniu .....

/pełna nazwa Wnioskodawcy/

.....  
/adres Wnioskodawcy/

oświadczamy, że posiadamy środki własne/ pozyskane z innych źródeł na sfinansowanie zadania pn.

.....  
Oświadczamy, że znana jest nam treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....  
/data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wnioskodawcy/

.....  
/data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wnioskodawcy/

\* niepotrzebne skreślić

## KLAUZULA INFORMACYJNA

### Treść klauzuli

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie, ul. Marcinkowskiego 6, 64-200 Wolsztyn,
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – Marcin Kosicki [iod@presstu.pl](mailto:iod@presstu.pl),
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2020 r., poz. 920), Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r., poz. 1876), Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 821), Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 869 z późn. zm.), Ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2019, poz. 1282), Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r., poz. 426 z późn. zm.),
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
6. posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
8. podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2020 r., poz. 920), Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r., poz. 1876 z późn. zm. ), Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 821), Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 869 z późn. zm.), Ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2019, poz. 1282), Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r., poz. 426 z późn. zm.) jest obligatoryjne.

.....  
/data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wnioskodawcy/

.....  
/data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wnioskodawcy/