

Data wpływu:

załącznik do Zarządzenia Nr___/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/kul- turalnej/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	Pozostałe Kwota dofinan-

		wartość rodzajów kosztów	źródła finansowania (w tym udział własny)	sowania ze środków PFRON
Razem:				
Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:				
		<i>Data i pieczęć wnioskodawcy(osób uprawnionych do reprezentacji)</i>		

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
	OŚWIADCZENIA Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych Ja niżej podpisana, oświadczam, iż zostałam poinformowana, że: - Administratorem przekazanych danych osobowych jest Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku z siedzibą przy ul. Słonecznej 15D, 76-200 Słupsk. - Inspektorem Ochrony Danych jest Edyta Zubka, z którą można kontaktować się e-mailowo: e.zubka@mopr.slupsk.pl - 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”. - 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). - 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. - Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania. - 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. - 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. - Dane osobowe, które są przetwarzane w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Słupsku nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu. <i>Data i pieczęć wnioskodawcy(osób uprawnionych do reprezentacji)</i>

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 późn.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**

