



WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych

I. Podmiot ubiegający się o dofinansowanie

1. Pełna nazwa podmiotu
2. Siedziba i dokładny adres:
ulica nr kod
- Miasto Powiat
- Telefon Fax
3. NIP REGON
4. Status prawny i podstawy działania
- Data powstania
- Cele statutowe
-
5. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

Nazwa banku	Numer rachunku bankowego

6. Osoby statutowo upoważnione do reprezentowania podmiotu w kontaktach zewnętrznych i posiadające zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu (zawieraniu umów);
 1. Imię i nazwisko
 - Funkcja
 2. Imię i nazwisko
 - Funkcja
 3. Imię i nazwisko
 - Funkcja
7. Osoba upoważniona do reprezentowania wnioskodawcy:
Imię i nazwisko
- Nr telefonu

II. Przedmiot dofinansowania

1. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania:
.....
.....
.....
.....
.....

2. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:

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

3. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

III. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji zadania

1. Przewidywany koszt realizacji zadania:

Cyframi:.....

Słownie:.....

2. Kwota wnioskowanego dofinansowania:

Cyframi:.....

Słownie:.....

3. Wysokość posiadanych środków własnych:

Cyframi:.....

Słownie:.....

4. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania:

a) Cyframi:.....

Słownie:.....

Źródło:

b) Cyframi:.....

Słownie:.....

Źródło:

5. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca, w którym składany jest wniosek

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

IV. Kosztorys ze względu na typ kosztów

Lp.	Rodzaj kosztów i sposób ich kalkulacji	Koszt (w zł)	W tym z wnioskowanego dofinansowania	% udział w finansowaniu zadania	W tym ze środków własnych	% udział w finansowaniu zadania	Inne źródła finansowania	% udział w finansowaniu zadania
Ogółem:								

V. Kosztorys ze względu na źródła finansowania

Źródło	zł	%
Wnioskowana kwota dotacji		
Finanse własne		
Ewentualne wpłaty i opłaty uczestników – <i>z jakiego tytułu?</i>		
Inni sponsorzy publiczni – <i>jacy?</i>		
Inni sponsorzy – <i>jacy?</i>		
Ogółem:		

VI. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia.

L.p.	Numer umowy	Kwota przyznanego dofinansowania	Cel przyznanego dofinansowania	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia dofinansowania
1.					
2.					
3.					
4.					

VII. Ewentualne uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

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

VIII. Ewentualny pozafinansowy wkład własny podmiotu na realizację zadania (*np. praca wolontariuszy*):

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

IX. Dodatkowe uwagi lub informacje wnioskodawcy:

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

Wykaz załączników do wniosku:

1. Kopia dokumentu poświadczająca prawną formę prowadzonej działalności (*aktualny wyciąg z rejestru – ważny 3 miesiące od daty uzyskania*);
2. Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych;
3. Udokumentowane posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON;
4. Lista niepełnosprawnych uczestników;
5. Inne wymagane dokumenty.

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeks Karny z dnia 6 czerwca 1997 roku (Dz.U. nr 88, poz.553 z póź. zm.) za fałszywe zeznania, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
Pieczeń podmiotu

.....
Podpis(y) osoby upoważnionej do składania
oświadczeń woli w imieniu podmiotu

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO)

Informujemy, że:

1. Administratorem danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu z siedzibą przy Al. Wyzwolenia 20-24, 58-300 Wałbrzych.
2. Podane dane są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, który wynikają z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 926 ze zm.).
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu udzielenia dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
5. Pani/Pana dane osobowe będą udostępnione Starostwu Powiatowemu.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą podległy profilowaniu.
7. Podanie danych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych, nie jest obowiązkowe, ale jest warunkiem niezbędnym do rozpatrzenia Pani/Pana wniosku. Wynika to stąd, że Administrator może żądać ich podania na podstawie przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz wydanych do niej przepisów wykonawczych.
8. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z Zarządzeniem Dyrektora nr 35 z dnia 14 grudnia 2010 r.
10. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych u Administratora:
Adres e-mail: iod@pcpr.walbrzych.pl
Nr telefonu: 698 054 582
Adres do korespondencji: Al. Wyzwolenia 20 – 24, 58 – 300 Wałbrzych.