

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

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

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

<b>I. DANE WNIOSKODAWCY</b>	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Pełna nazwa Wnioskodawcy:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Strona internetowa:	
<b>ADRES SIEDZIBY</b>	
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
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	

### 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

<b>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)?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

### INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:</b>	
<b>Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje:</b>	
<b>Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:</b>	

### 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:	

### 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:	

#### Inne źródła finansowania ogółem

z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Publiczne:	
Niepubliczne:	

#### Harmonogram

### 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*

#### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

#### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

#### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

#### PODPISANY WNIOSEK

Plik



*Załącznik nr 1 do formularza wniosku „o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki”.*

Oświadczenia

1. Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań zgodnie z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny, oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie danych osobowych przez PCPR, koniecznych do realizacji działania, zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1781).

.....  
*/pieczętka firmowa/*

.....  
*data i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy*

## Załącznik nr 2

### Klauzula informacyjna o zasadach przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Suwałkach w związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków PFRON

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 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) (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1 z późn. zm.), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Starosta Suwalski w imieniu którego działa Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Suwałkach, ul. Świerkowa 60, 16 – 400 Suwałki, e-mail: pcpr@powiat.suwalski.pl, tel.: 87 565 92 80, fax: 87 565 92 84.

2. W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Suwałkach można kontaktować się z inspektorem ochrony danych – e-mail: iod@powiat.suwalski.pl lub pisemnie na adres siedziby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Suwałkach, ul. Świerkowa 60, 16-400 Suwałki.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e i art. 9 ust. 2 lit. h oraz art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 913 ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r., Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.) w celu realizacji ustawowych zadań – przyznania dofinansowania ze środków PFRON.

4. Podanie danych osobowych do wniosku o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON jest warunkiem rozpatrzenia wniosku i są Państwo zobowiązani do podania danych, których zakres wynika z przepisów rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r., Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.), 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 z późn. zm.). Konsekwencją niepodania tych danych będzie pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia lub odmowa przyznania dofinansowania.

Jeżeli wnioskodawca przekaze numer telefonu i numer rachunku bankowego, dane te będą przetwarzane za jego zgodą. Podanie tych danych jest dobrowolne.

5. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących archiwizacji, tzn. przez minimum 10 lat (B10) czyli okres wynikający z kategorii archiwalnej ustalony zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 164 z późn. zm.) i rozporządzenia Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 246).

7. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, ich usunięcia w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa oraz cofnięcia zgody w dowolnym czasie, jednakże odwołanie zgody pozostanie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej cofnięciem.

8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 – 193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy o ochronie danych osobowych.

9. W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie dochodzi do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

..... f.  
/pieczętka firmowa/

.....  
data i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy

**Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku**

Nazwa załącznika
1. załącznik nr 1 – oświadczenia
2. załącznik nr 2 – klauzula RODO
3. Aktualny wypis z rejestru sądowego /ważny 3 miesiące/
4. Statut
5. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)
6. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach
7. Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres minimum 2 lat przed dniem złożenia wniosku

**Załączniki wymagane do wniosku (Informacje o przedmiocie wniosku):**

Nazwa załącznika
1. Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON
2. Lista niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności (nie dotyczy imprez masowych)
3. Oświadczenie Wnioskodawcy, że nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON
4. Podmioty prowadzące działalność, gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018r. prawo przedsiębiorców (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 236 ze zm.) do wniosku dołączają: <ul style="list-style-type: none"> <li>- zaświadczenie o pomocy <i>de minimis</i> otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy <i>de minimis</i> w tym okresie</li> <li>- informację o każdej pomocy innej niż <i>de minimis</i>, jaką otrzymali w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc <i>de minimis</i></li> </ul>
5. Pracodawca prowadzący ZPCH dodatkowo do wniosku dołącza: <ul style="list-style-type: none"> <li>- potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,</li> <li>- informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku.</li> </ul>