POWIATOWE CENTRUM Data wpływu do PCPR……………………

POMOCY RODZINIE W KRAKOWIE Nr sprawy: RS/617/..……./…….................

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

/pieczątka wnioskodawcy/

# **Wniosek**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych sportu***\****, kultury***\****, rekreacji***\** **i turystyki** *\****osób niepełnosprawnych (mieszkańców Powiatu Krakowskiego)**

**CZĘŚĆ A: INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**

**Nazwa i adres Wnioskodawcy:**

|  |
| --- |
| Pełna nazwa: |
| Miejscowość | Kod  | Ulica | Nr | Województwo |
| Nr telefonu: | Nr fax:  | e-mail: |

**Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych:**

…………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |
| --- |
| **Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:** |
| Data rozpoczęcia działania | Status prawny i podstawa działania |
| NIP | REGON |
| Nr rejestru sądowego  | Data wpisu do rejestru sądowego  |
| Nazwa banku | Nr konta bankowego |
| Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT  |  Tak: | Nie:  |
| **Informacje o korzystaniu ze środków PFRON w ostatnich trzech latach przed złożeniem wniosku:** |
| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON   | TAK | NIE |
| Nr i data zawarcia umowy | Kwota | Cel | Termin rozliczenia | Stan rozliczenia | Źródło: PFRON; samorząd powiatowy |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

**CZĘŚĆ B: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU**

|  |
| --- |
| Nazwa zadania: |
| Przewidywany koszt całkowity przedsięwzięcia/imprezy |
| Deklarowane środki własne |
| Inne źródła finansowania ogółem |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków funduszu (do 60% kosztów przedsięwzięcia) …………………………………………………………………………………………………………zł**Kwota słownie…………………………………………………………………………………………zł |
| Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem źródeł finansowania……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………… |

**Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie przedsięwzięcia/ imprezy\*:**

Integracyjnej…… Sportowej……. Kulturalnej…….. Turystycznej………… Rekreacyjnej……..

**Termin i miejsce przedsięwzięcia/imprezy**

|  |  |
| --- | --- |
| Miejsce realizacji zadania (dokładny adres): | Termin: |
| Liczba uczestników: |
| w tym: |
| osób niepełnosprawnych: |
| do lat 18: |
| Liczba opiekunów: |

Partnerzy ( współorganizatorzy): ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Zakres merytoryczny zadania**

|  |
| --- |
| **Program merytoryczny przedsięwzięcia/imprezy (zakres i miejsce realizacji) :** |
|  |
| **Przewidywane efekty – cel dofinansowania** |
|  |

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części A oraz części B, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „Dołączono– załącznik nr .........do części…….” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

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

(*data i podpis osoby uprawnionej do* (*data i podpis osoby uprawnionej do*

 *reprezentacji Wnioskodawcy) reprezentacji Wnioskodawcy)*

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

 (*imię, nazwisko, telefon kontaktowy osoby*

*odpowiedzialniej za prowadzenie zadania)*

####  Aleksander Podsiadło załącznik nr 1 do wniosku

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

1. Oświadczam, że posiadamy fachową kadrę do obsługi imprezy .
2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe do realizacji przedsięwzięcia.
3. Oświadczam, że przy korzystaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będę stosował zasady postępowania określone w ustawie prawo zamówień publicznych (t. j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1579 z późn. zm.).
4. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłem stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie - Rozporządzenie 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).
5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w celu realizacji wniosku i przyznanie oraz rozliczenie dofinansowania na realizację zadania objętego wnioskiem zgodnie z art.6 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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.U.UE.L.2016.119.1.)
6. Oświadczam, że jestem /nie jestem\* zaliczony do sektora finansów publicznych
w rozumieniu przepisów art. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t. j. Dz.U. z 2017 r., poz. 2077 z późn. zm.).
7. Prawdziwość danych podanych we wniosku o dofinansowanie stwierdzam własnoręcznym podpisem.
8. Oświadczam, że jestem świadomy/a/ odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnej z prawdą, wynikającej z Art. 233 1, 2 i 3 Kodeksu karnego (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1600 z późn. zm.).
9. Oświadczam, że jestem/ nie jestem\* przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców ( Dz. U. z 2018 r., poz. 646).
10. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
11. Oświadczam, że posiadam środki finansowe (inne niż PFRON) na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu.
12. **Oświadczam, że uczestnikami zadania są osoby posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, zamieszkałe na terenie powiatu krakowskiego**.
13. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach zadania oraz, że warunkiem zawarcia umowy jest spełnianie warunków dofinansowania określonych w przepisach prawa także w dniu podpisania umowy.

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

(*data i podpis osoby uprawnionej do* (*data i podpis osoby uprawnionej do*

 *reprezentacji Wnioskodawcy) reprezentacji Wnioskodawcy)*

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

 (*imię, nazwisko, telefon kontaktowy osoby*

*odpowiedzialniej za prowadzenie zadania)*

*\* niepotrzebne skreślić*

#### załącznik nr 2 do wniosku

#### KOSZTORYS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Wyszczególnienie** | **Koszt całkowity** | **Środki własne lub sponsorów** | **Wnioskowana kwota** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

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

(*data i podpis osoby uprawnionej do* (*data i podpis osoby uprawnionej do*

 *reprezentacji Wnioskodawcy) reprezentacji Wnioskodawcy)*

 Kierownik Działu

|  |
| --- |
| **Wykaz załączników (dokumentów) wymaganych do części A i B wniosku (kolumny 1 i 2 wypełnia pracownik PCPR –u ):** |
| Nazwa załącznika | 1. Załączono do wniosku tak/nie | 2.Uzupełniono dnia |
| Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z centralnej ewidencji działalności gospodarczej /ważny 3 miesiące/ |  |  |
| Statut |  |  |
| Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo) |  |  |
| Oświadczenie (zał.1) |  |  |
| Kosztorys (zał.2) |  |  |

**W przypadku gdy wnioskodawca jest przedsiębiorcą do wniosku ponadto należy załączyć:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie |  |  |
| Informacja 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 |  |  |

**W przypadku gdy wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej do wniosku ponadto należy załączyć:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie |  |  |
| Informacja 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 |  |  |
| Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej – kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy |  |  |
| Informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku |  |  |

|  |
| --- |
| *(pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR, data)**Podpis ...............................................................................* |