Nr sprawy: DON.4040.SKRT - _____ / 20__ __

Data wpływu:

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

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 - Taki sam jak adres siedziby ☐

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Poczta:	
Kod pocztowy:	

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:	☐ 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
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

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 do-finanso-wania**	**Stan rozliczenia**	**Kwota rozliczona**

WNIOSKODAWCA OŚWIADCZA, ŻE:

1. podane w części **A** i **B** wniosku informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym – przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania, prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art.233 § 1 i § 2 kodeksu karnego /DZ.U. z dnia 06.06.1997 r. Poz. 553 za zeznania nieprawdy lub zatajenie prawdy/,
2. o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku wnioskodawca zobowiązuje się poinformować MOPS w Mysłowicach niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od ich wystąpienia,
3. prowadzi i prowadził co najmniej przez dwa lata przed dniem złożenia wniosku działalność na rzecz osób niepełnosprawnych **TAK** ☐ **NIE** ☐
4. zatrudnia/zapewnia fachową kadrę do obsługi zadania **TAK** ☐ **NIE** ☐
5. zobowiązuje się do zatrudnienia/zapewnienia fachowej kadry do obsługi zadania **TAK** ☐ **NIE** ☐
6. posiada odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania **TAK** ☐ **NIE** ☐
7. zobowiązuje się do zabezpieczenia odpowiednich warunków lokalowych i technicznych do realizacji zadania **TAK** ☐ **NIE** ☐
8. posiada środki własne na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem PFRON **TAK** ☐ **NIE** ☐
9. pozyskał środki z innych źródeł niż własne na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem PFRON **TAK** ☐ **NIE** ☐
10. nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **TAK** ☐ **NIE** ☐

Data i pieczęć wnioskodawcy

POUCZENIE:

1. Wnioski o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na organizację sportu, kultury, turystyki i rekreacji zostaną rozpatrzone po otrzymaniu planu finansowego na rok w którym przewidziana jest realizacja zadania.
2. Wysokość dofinansowania organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych wynosi do 60% kosztów przedsięwzięcia.
3. Do kosztów organizowanego przedsięwzięcia mogą zostać zaliczone wyłącznie koszty uczestnictwa w przedsięwzięciu **osób niepełnosprawnych zamieszkujących na terenie miasta Mysłowice** oraz ewentualnie koszty udziału opiekunów tych osób, o ile obecność opiekunów jest niezbędnym warunkiem uczestnictwa osób niepełnosprawnych w przedsięwzięciu.
4. Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych składa się w terminie do dnia **30 listopada** roku poprzedzającego realizację zadań w MOPS właściwego dla miejsca zamieszkania osób niepełnosprawnych objętych wnioskiem o dofinansowanie.
5. Dofinansowanie ze środków PFRON nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec PFRON lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.
6. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

Data i pieczęć wnioskodawcy

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DOTYCZĄCY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 informujemy, że:

1. *Administratorem danych osobowych klientów jest:*
   1) *Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mysłowicach mający siedzibę przy ul. Gwarków 24, 41-400 Mysłowice, reprezentowany przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mysłowicach;*
   2) *W niektórych przypadkach administratorem Państwa danych są podmioty, które powierzyły przetwarzanie danych osobowych Miejskiemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Mysłowicach, na przykład w związku z realizowaniem projektów finansowanych ze środków Unii Europejskiej.*
2. *W MOPS w Mysłowicach wyznaczono inspektora ochrony danych osobowych - Agnieszkę Kotwas, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych pod adresem email: iodo@mops-myslowice.pl;*
3. *Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także realizacja zadań z zakresu rehabilitacji społecznej, która ma na celu umożliwienie osobom niepełnosprawnym uczestniczenia w życiu społecznym, monitorowanie i kontrola oraz ewaluacja i sprawozdawczość, jak również ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń i archiwizacja.*
   Przetwarzanie danych następuje na podstawie na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c oraz art. 9 ust. 2 pkt g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, rozporządzeń wykonawczych do przedmiotowej ustawy oraz programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych;
4. *Przetwarzamy Państwa dane w zakresie adresu poczty elektronicznej oraz innych danych podanych przez Państwa w wiadomościach przesyłanych za pośrednictwem poczty elektronicznej;*
5. *Dane osobowe przekazywane będą wyłącznie organom lub podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom przetwarzającym dane w imieniu administratora danych osobowych w tym PFRON – al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa oraz innym podmiotom wspierającym działalność administratora takim jak np. podmiot świadczący usługi serwisowe dla Systemu SOW służącego do obsługi zadań a działającego na zlecenie PFRON;*
6. *Dane osobowe mogą być ujawnione podmiotom świadczącym usługi pocztowe oraz podmiotom świadczącym usługi doręczenia przy użyciu środków komunikacji elektronicznej, w tym m.in. ePUAP oraz dostawcy publicznej usługi rejestrowanego doręczenia elektronicznego (RDE);*
7. *Dane osobowe będą przekazywane również podmiotom przetwarzającym w rozumieniu art. 4 pkt 8 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych: podmiotom, z którymi MOPS w Mysłowicach zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;*
8. *Przechowujemy Państwa dane przez czas niezbędny do realizacji celu przetwarzania, nie dłużej niż jest to określone kategorią archiwalną dokumentów, która jest ustalana przez Archiwum Państwowe na podstawie ustawy o narodowym zasobie archiwalnym;*
9. *Każda osoba, której danymi dysponuje MOPS w Mysłowicach ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania;*
10. *Każda osoba, której danymi dysponuje MOPS w Mysłowicach ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.;*
11. *Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.*

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH

Po zapoznaniu się z powyższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych, oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych w celu realizacji przez MOPS dofinansowania organizacji sportu, kultury, turystyki i rekreacji osób niepełnosprawnych.

Data i pieczęć wnioskodawcy