

Dane osoby/ób uprawnionej/yh do reprezentacji Wnioskodawcy :

- imię , nazwisko
stanowisko służbowe/ funkcja
adres zamieszkania
seria i nr dowodu osobistego
data wydania i nazwa organu wydającego
- imię , nazwisko
stanowisko służbowe/ funkcja
adres zamieszkania
seria i nr dowodu osobistego
data wydania i nazwa organu wydającego

II. Informacje o zatrudnieniu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych:

Wnioskodawca zatrudnia ogółem (w przeliczeniu na etaty)	etatów
Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne (w przeliczeniu na etaty)	etatów
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych	%
Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku w zakresie rehabilitacji:		
<input type="checkbox"/> zawodowej	<input type="checkbox"/> leczniczej	<input type="checkbox"/> społecznej*
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu		do lat 18:.....
		powyżej lat 18:.....
		razem:.....

* właściwe zaznaczyć

III. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON			tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Dysponent środków PFRON
1.				
2.				
3.				
4.				

Syntetyczny opis efektów przyznanego i wykorzystywanego dofinansowania	

IV. Informacje o przedmiocie wniosku:

Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie zadania z zakresu :	
Sportu <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> kultury
Turystyki <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rekreacji

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania / nazwa imprezy

Przewidywany efekt realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:

Warunki techniczne i lokalowe / opis /

Czy wnioskodawca korzystał z pomocy de minimis:

- tak korzystałem** **nie korzystałem**

„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności (art. 233 §1 k.k.-Ustawa z dn. 6 czerwca 1997r. –Dz. U. z 2018 r. Poz. 1600).

Upředzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz, że warunki wcześniej zawartych umów uprawniających do korzystania ze środków PFRON zostały dotrzymane. Oświadczam również, że:

1. zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania.
2. posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, zawartych we wniosku a w przypadku jego pozytywnego rozpatrzenia, również w dokumentach przedłożonych w celu rozliczenia umowy i uzyskania dofinansowania, przez Powiat Wągrowiecki/Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wągrowcu zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019r. poz. 1781) oraz RODO.

Więcej informacji o zasadach przetwarzania danych osobowych dostępnych jest na stronie:

<http://www.pcprwagrowiec.pl>

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

Załączniki wymagane do wniosku:

/wypełnia PCPR/

1. Szczegółowy program merytoryczny podejmowanego zadania	
2. Udokumentowanie posiadania źródeł finansowania zadania innych niż PFRON	
3. Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania	
4. Lista niepełnosprawnych uczestników imprezy z wyszczególnieniem stopnia niepełnosprawności, adresu zamieszkania, daty urodzenia (w przypadku imprez masowych oświadczenie organizatora o przewidywanej ilości osób niepełnosprawnych; w tym – mieszkańców powiatu wągrowieckiego)	
5. Dokument potwierdzający prawną formę istnienia Wnioskodawcy (aktualny wypis z ewidencji działalności gospodarczej, wypis z rejestru sądowego, uchwała organu powołującego etc.)	
6. Statut	
7. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)	
8. Informacje o ewentualnych obciążeniach rachunku bankowego	
9. Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku	
10. Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców (dot. przedsiębiorców i przedsiębiorców publicznych)	
11. W przypadku, gdy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej a) potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej b) informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku c) informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców.	

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów

(Pieczęć imienna,
podpis pracownika,
data)