Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych

DANE WNIOSKODAWCY

Nazwa …….

……

Adres siedziby …….

…….

Numer telefonu ……..

Adres e-mail: ……

NIP …….

REGON ……..

Status prawny i podstawa działania: ……..

Płatnik VAT: TAK/NIE

Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych:

Osoba 1: imię i nazwisko, funkcja …….

Osoba 2: imię i nazwisko, funkcja …….

Informacja o działaniach wnioskodawcy na rzecz osób niepełnosprawnych i źródłach finansowania.

Krótki opis zakresu działania wnioskodawcy na rzecz osób niepełnosprawnych w okresie 2 lat poprzedzających termin złożenia wniosku, z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności osób niepełnosprawnych	
Liczba osób niepełnosprawnych, które skorzystały ze wsparcia wnioskodawcy (szacunkowo w miesiącu – w okresie ostatnich 2 lat)	
Od kiedy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych	Data:
Ogólna wartość nakładów poniesionych przez wnioskodawcę na realizację podobnych działań dla osób niepełnosprawnych w ciągu ostatnich dwóch lat do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku	
Z jakich źródeł wnioskodawca finansuje swoją działalność na rzecz osób niepełnosprawnych?	
Z jakiego źródła wnioskodawca sfinansuje wkład własny do realizacji działania, o dofinansowanie którego wnioskuje?	

Informacja o dotychczasowym korzystaniu ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Czy wnioskodawca korzystał z dofinansowania PFRON w przeszłości: TAK/NIE (niepotrzebne skreślić)				
Data przyznania dofinansowania	Numer zawartej umowy	Cel	Kwota	Stan rozliczenia

Informacja o numerze rachunku bankowego wnioskodawcy

Numer rachunku bankowego: …….

PLANOWANE DZIAŁANIA NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W ROKU 2024, KTÓRYCH DOTYCZY WNIOSEK

Zakres planowanych działań (zaznaczyć właściwe wstawiając X):

sport	
rekreacja	
kultura	
turystyka	

Informacje o planowanym działaniu:

Nazwa działania: …….

Planowana liczba uczestników: ……

Grupa wiekowa uczestników (podać liczbę uczestników):

Przedział	**Liczba uczestników działania**
do 18 r. ż.	
między 19 a 60 r. ż.	
po 60 r. ż.	

Główna dysfunkcja uczestników najbardziej utrudniająca funkcjonowanie

Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON „Sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych

Przedział	**Liczba osób**
Grupa obejmie osoby z różnymi dysfunkcjami	
Jeśli działanie jest skierowane wyłącznie lub głównie do grupy z określoną dysfunkcją, proszę wskazać poniżej o jaką dysfunkcję chodzi podając liczbę uczestników	
Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządu słuchu i/lub mowy	
Upośledzenie umysłowe	
Całościowe zaburzenie rozwoju (w tym autyzm, zespół Aspergera itd.)	
Epilepsja	
Inne, jakie: ……	

Opis planowanego działania (proszę opisać działanie, które wnioskodawca planuje zrealizować dla osób niepełnosprawnych)

Miejsce realizacji: …….
Termin realizacji: ……
Program: ……

Przewidywane efekty działania dla osób niepełnosprawnych i uzasadnienie możliwości ich osiągnięcia

Wskazanie potrzeb osób niepełnosprawnych, na które planowane działanie ma odpowiedzieć: ……	
Spodziewany efekt (proszę wstawić X we właściwym miejscu i podać wyjaśnienie)	
Większa samodzielność uczestników w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Całkowita samodzielność uczestników w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Zwiększenie możliwości udziału uczestników działań w życiu społecznym poza miejscem zamieszkania rozumianym jako mieszkanie/dom *Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób udział osób niepełnosprawnych w*	

proponowanych działaniach zwiększy ich szanse na aktywizację społeczną: …… …… ……	
Zwiększenie szans uczestników działań na aktywizację zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej. *Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób udział osób niepełnosprawnych w proponowanych działaniach zwiększy ich szanse na aktywizację zawodową/ na utrzymanie aktywności zawodowej:* …… …… ……	
Inne efekty (proszę określić jakie): ……	

Informacja o posiadanych zasobach lokalowych i kadrowych umożliwiających realizację planowanego działania.

Informacje o pomieszczeniach niezbędnych do właściwego wykonania zadania
Informacja o kadrze niezbędnej do właściwego wykonania działania (w szczególności wykazanie doświadczenia i kwalifikacji kadry/osób zaangażowanych)

Planowane koszty działania i sposób ich sfinansowania:

Wykaz zakupów/kosztów (wraz z podstawą kalkulacji)	**Kwota brutto w zł.**
1.	
2.	

3.	
4.	
5.	
Razem	
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (nie może przekroczyć 60% przewidywanego całkowitego kosztu brutto działania)	
Deklarowany procentowy udział Wnioskodawcy w kosztach przedsięwzięcia (musi wynosić co najmniej 40% przewidywanego całkowitego kosztu brutto działania)	

Oświadczenia:

1. **Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są prawdziwe.**

2. **Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie ma wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) i zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie był stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie podmiotu, który reprezentuję.**

3. **Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie ma wymagalnych zobowiązań wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz wobec organów i instytucji wykonujących zadania z zakresu administracji publicznej oraz, że nie zalega z opłatami z tytułu zobowiązań podatkowych.**

4. **Oświadczam, że osoby objęte wnioskiem dofinansowania, na dzień złożenia wniosku, są mieszkańcami Powiatu Stalowowolskiego oraz, że posiadają ważne orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważne.**

5. **Oświadczam, że opiekunowie osób niepełnosprawnych, którzy wezmą udział w zadaniu są mieszkańcami Powiatu Stalowowolskiego - o ile wniosek obejmuje opiekunów osób niepełnosprawnych – jeżeli nie obejmuje, proszę zaznaczyć - ☐ nie dotyczy**

6. **Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję posiada środki własne lub pozyskane z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu**
7. **Oświadczam, że warunki techniczne i lokalowe na realizację zadania są odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych**

8. **Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję posiada rachunek bankowy o numerze: ……**

   w Banku …….

   oraz, że rachunek ten nie jest obciążony

9. **Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej/kontroli w miejscu realizacji zadania oraz na rejestrację i utrwalenie przebiegu wizji/kontroli (m.in. sporządzenie nagrań, fotografii lub filmów).**

10. **Oświadczam, iż zobowiązuję się do udziału w ewaluacji efektów realizacji działania dla osób niepełnosprawnych.**

11. **Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora zadania Powiat Stalowowolski – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stalowej Woli przy ul. 1 Sierpnia 12 (administratora danych) w celach związanych z realizacją zadania „Dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych", zgodnie z Rozporządzeniem 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.) (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – tzw. RODO oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).**

……

Data i podpis osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy