

Nr sprawy: DR.602/...../.....

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW  
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH  
SPORTU, KULTURY, REKREACJI I TURYSTYKI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH  
(MIESZKAŃCÓW KRAKOWA)**

Procedura dofinansowania ze środków PFRON dostępna jest na stronie internetowej [www.mops.krakow.pl](http://www.mops.krakow.pl)

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.

**Część A: informacje o wnioskodawcy**

**Nazwa i adres Wnioskodawcy:**

|                                      |               |        |               |              |
|--------------------------------------|---------------|--------|---------------|--------------|
| Miejscowość:                         | Kod pocztowy: | Ulica: | Nr:           | Województwo: |
| Nr tel.: kierunkowy: ..... tel. .... |               |        | Nr fax: ..... |              |

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

|                     |
|---------------------|
| (pieczęćka imienna) |
| Podpis: .....       |

|                     |
|---------------------|
| (pieczęćka imienna) |
| Podpis: .....       |

**Informacja o osobach niepełnosprawnych pozostających w zasięgu działania Wnioskodawcy**

Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych co najmniej w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku:

**TAK** (proszę podać datę od kiedy)

**NIE**

Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością (przeciętnie w miesiącu)

W tym:

do lat 18: .....

powyżej lat 18: .....

razem: .....

### Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy

|                                                               |                                                                             |      |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------|
| Status prawny:                                                | REGON:                                                                      |      |
| Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej: | Data wpisu do rejestru sądowego lub do ewidencji działalności gospodarczej: |      |
| Organ założycielski:                                          | Nr identyfikacyjny NIP:                                                     |      |
| Nazwa banku:                                                  | Nr konta bankowego:                                                         |      |
| Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT                          | Tak:                                                                        | Nie: |

### **Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy**

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

**Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy na rzecz osób niepełnosprawnych: cel działania, teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje.**

[illegible]

**Informacje o korzystaniu ze środków PFERON  
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.                                          |       |      |                    |                  |                                   |
| 6.                                          |       |      |                    |                  |                                   |

**Część B: informacje o przedmiocie wniosku**

**Zakres wnioskowanego dofinansowania (przedmiot wniosku).**

[illegible]

## Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia.

1. Całkowity koszt przedsięwzięcia: \_\_\_\_\_
2. Deklarowane własne środki: \_\_\_\_\_
3. Inne udokumentowane źródła finansowania ogółem: \_\_\_\_\_
4. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu (do 60% kosztów przedsięwzięcia):  
\_\_\_\_\_ zł (słownie złotych: \_\_\_\_\_)
5. 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 \_\_\_\_\_

|                                                                  |                       |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie przedsięwzięcia.</b> |                       |
| _____ sportowego                                                 | _____ kulturalnego    |
| _____ rekreacyjnego                                              | _____ turystycznego   |
| Termin rozpoczęcia i czas realizacji przedsięwzięcia:            |                       |
| Miejsce (dokładny adres):                                        |                       |
| Liczba uczestników:                                              |                       |
| W tym osób niepełnosprawnych:                                    |                       |
| Liczba osób niepełnosprawnych mieszkańców Krakowa:               |                       |
| W tym do lat 18 .....                                            | powyżej lat 18: ..... |
| <b>Przewidywane efekty – cel dofinansowania.</b>                 |                       |
| <br><br><br><br>                                                 |                       |

- Oświadczam, że zatrudniam fachową kadre do obsługi imprezy / zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi przedsięwzięcia.\*
- Oświadczam, że posiadam odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe do realizacji przedsięwzięcia.
- 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. 2018, poz. 1986).
- Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłem stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- 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. 2017, poz. 2077 z późn. zm.).
- Prawdziwość danych podanych we wniosku o dofinansowanie stwierdzam własnoręcznym podpisem.
- 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. 2018, poz. 1600).
- Oświadczam, że jestem/ nie jestem\* podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. 2018, poz. 646 z późn. zm.).
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
- Oświadczam, że posiadam środki finansowe (inne niż PFRON) na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu.
- Oświadczam, że jestem/ nie jestem\* pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej.
- Zobowiązuję się do gromadzenia oświadczeń uczestników przedsięwzięcia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez MOPS oraz PFRON, zgodnie z rozporządzeniem nr 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady 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 (zwanego dalej RODO).
- 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.

.....  
*(imię, nazwisko, telefon kontaktowy osoby odpowiedzialnej za prowadzenie zadania)*

.....  
*(data i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji wnioskodawcy)*

.....  
*(data i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji wnioskodawcy)*

\* niepotrzebne skreślić

załącznik nr 1 do wniosku

## KOSZTORYS

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

\* Podać w rozbiciu na koszty jednostkowe

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej do  
reprezentacji wnioskodawcy)

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej do  
reprezentacji wnioskodawcy)

| Wykaz załączników (dokumentów)<br>wymaganych do części A i B wniosku -<br>- wypełnia pracownik MOPS:                                                                                                                                                   | Załączono do<br>wniosku<br>tak/nie | Uzupełniono<br>dnia: |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| 1. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z centralnej ewidencji działalności gospodarczej /ważny 3 miesiące/.                                                                                                                        |                                    |                      |
| 2. Statut wnioskodawcy.                                                                                                                                                                                                                                |                                    |                      |
| 3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo).                                                                                                                                                                                                              |                                    |                      |
| 4. Udokumentowanie posiadania rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach.                                                                                                                                                        |                                    |                      |
| 5. Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji przedsięwzięcia – program merytoryczny.                                                                                                                                                              |                                    |                      |
| 6. Kosztorys.                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                      |
| 7. Lista niepełnosprawnych uczestników realizowanego przedsięwzięcia wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności / zobowiązanie do dostarczenia w/w listy w terminie późniejszym z podaniem daty.                                                       |                                    |                      |
| 8. Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.                                                                                                         |                                    |                      |
| <b>Jezeli wnioskodawca jest również zakładem pracy chronionej lub podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz.U. 2018, poz. 646 z późn. zm.) dołącza do wniosku:</b>     |                                    |                      |
| 1. 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.                       |                                    |                      |
| 2. Informację o każdej innej pomocy niż <i>de minimis</i> , jaką otrzymał wnioskodawca w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc <i>de mini mis</i> . |                                    |                      |
| 3. 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.                                    |                                    |                      |
| 4. Informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku – dotyczy zakładu pracy chronionej.                                       |                                    |                      |

Uwaga ! Dokumenty w kserokopii winny być potwierdzone “za zgodność z oryginałem” przez osobę uprawnioną.

Na żądanie MOPS wnioskodawca zobowiązany jest przedłożyć oryginały dokumentów.

(data, pieczęć imienna, podpis pracownika MOPS)

Podpis .....