



**Wypełnia MOPS**

Numer wniosku:

Data wpływu:

**Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków  
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
do sportu, kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych**

**1. Nazwa i adres podmiotu.**

Pełna nazwa .....
.....
Adres:.....
.....
nr tel: .....
nr rachunku bankowego: .....
Nazwa banku: .....

**2. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych podmiotu.**

Pieczętka imienna i podpis	Pieczętka imienna i podpis

**3. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania.**

Termin rozpoczęcia .....

Przewidywany czas realizacji zadania (godzinowo) .....

**4. Przedmiot wniosku, nazwa zadania, krótki opis przedsięwzięcia.**

Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie (zaznaczyć)			
Sportowej			
Kulturalnej			
Turystycznej			
Rekreacyjnej			

Liczba uczestników:.....

Liczba niepełnosprawnych uczestników:.....

W tym: do 18 lat:....., powyżej 18 lat:.....

W tym: mieszkańcy Katowic ....., mieszkańcy z poza miasta Katowice:.....

Dodatkowe istotne informacje

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

**5. Miejsce realizacji zadania.**

Nazwa zadania: .....

Miejsce realizacji .....

Ulica ..... nr .....

## 6. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

Nr i data umowy	Kwota przyznana	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
RAZEM		Kwota rozliczona-razem		

## 7. Deklarowany, udokumentowany udział własny wnioskodawcy i/lub sponsora.

Całkowita wartość przedsięwzięcia, wynikająca z załączonych kosztorysów do wniosku (załącznik nr 1)		PLN	
		%	zł.
1	Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania		
2	Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania (do wniosku należy załączyć udokumentowane potwierdzenie takiej informacji)		
3	Procent kosztów zadania do pokrycia ze środków PFRON		

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania [PLN] – do.....% kosztów przedsięwzięcia  
 cyframi : . . . . .  
 słownie : .....

Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc wnioskowania	PLN
---	-----

**8. Przewidywany efekt realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:**

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

**13. Informacje o stanie prawno-finansowym podmiotu:**

Status prawny podstawa działania ..... .....	Regon ..... .....	
Nr rejestru sądowego ..... .....	Data wpisu do rejestru sądowego ..... .....	
Organ założycielski ..... .....	Nr NIP ..... .....	
Źródła finansowania działalności wnioskodawcy ..... .....		
Czy jest płatnikiem VAT	TAK ..... <input type="checkbox"/>	NIE ..... <input type="checkbox"/>

Syntetyczny opis działalności wnioskodawcy:

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

**15. Załączniki (dokumenty)wymagane do wniosku**

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku: tak/nie	Uzupełniona: tak/nie (wypełnia MOPS)	Data uzupełnienia: (wypełnia MOPS)
Aktualny wypis z rejestru sądowego (ważny 3 m-ce)			
Statut			
Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych dłużej niż 2 lata			
Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)			
Udokumentowanie posiadania środków własnych lub innych źródeł finansowania			
Kosztorys wydatków zw. z realizacją zadania			
Szczegółowa informacja o dotychczas zaangażowanych środkach finansowych			
Program merytoryczny imprezy			
Mapa dostępności obszaru/obiektu			
Udokumentowane informacje dotyczące zaległych zobowiązań: budżetowych, innych			

Oświadczenie wnioskodawcy o prowadzeniu działalności gospodarczej			
Inne dokumenty			
<b>W przypadku gdy podmiot prowadzi działalność gospodarczą:</b>			
Zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w danym roku kalendarzowym i dwóch poprzedzających go latach albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie,			
Informacja o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał podmiot w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis			
<b>W sytuacji, gdy wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:</b>			
Potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,			
Informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku,			

#### UWAGA

**Administratorem danych osobowych ujawnionych w formularzu jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Katowicach, ul. Wita Stwosza 7, Katowice. Dane są przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dane nie będą udostępnione innym odbiorcom, za wyjątkiem przypadków, kiedy obowiązek udostępniania wynika z przepisów prawa. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich poprawiania. Podanie danych jest obowiązkowe. Obowiązek podania danych wynika z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.**

## OŚWIADCZAM, ŻE

1. Powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Katowicach o zmianach mających wpływ na przyznanie dofinansowania po złożeniu wniosku.
2. Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Przyjmuję do wiadomości, że prawidłowo zaadresowana tj.: zgodnie z adresem podanym we wniosku korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznana będzie zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, za doręczoną.
4. Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku do dofinansowania nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach przedmiotowego zadania.

.....  
*podpis*

### Informujemy, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Katowicach z siedzibą przy ulicy Wita Stwosza 7 w Katowicach, tel: 32 606 18 59, e-mail: [kancelaria@mops.katowice.pl](mailto:kancelaria@mops.katowice.pl),
- we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pana/Pani danych osobowych można kontaktować się z inspektorem ochrony danych osobowych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Katowicach : adres e-mail: [ochronadanych@mops.katowice.pl](mailto:ochronadanych@mops.katowice.pl), tel: 32 606 18 85 , adres skrytki ePUAP: /f7s0tdv03y/skrytka,
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz w celach archiwalnych na podstawie Ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach,
- przetwarzanie danych następuje na podstawie 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,
- dane nie będą udostępniane innym odbiorcom, za wyjątkiem przypadków, kiedy obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa. Mogą być jednak przekazywane innym podmiotom zapewniającym obsługę administracyjną, prawną, techniczną, informatyczną, transportową MOPS na podstawie zawartych umów powierzenia. Podmioty te nie będą uprawnione do przetwarzania danych we własnych celach,
- dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zgodnie z Jednolitym Rzeczym Wykazem Akt zatwierdzonym przez Archiwum Państwowe,
- posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
- ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza obowiązujące przepisy prawne,
- podanie danych osobowych jest obowiązkowe. Odmowa podania danych będzie skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku.

**Szczegółowe informacje i wyjaśnienia dostępne na stronie MOPS Katowice ([www.mops.katowice.pl](http://www.mops.katowice.pl)).**

Załącznik nr 1 do wniosku w sprawie dofinansowania ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych

### Kalkulacja zadania

.....  
(nazwa zadania)

l.p.	Wydatki szczegółowe	Koszt całkowity zadania	Koszty własne	Koszty PFRON
RAZEM:				



**Adnotacje przyjmującego wniosek (wypełnia MOPS)**

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

.....  
( podpis pracownika DON )

**I. Ocena zasadności wniosku**

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

**Data rozpatrzenia wniosku:**.....

.....  
( podpis pracownika DON )

**II. Ustalone warunki umowy**

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

.....  
( podpis pracownika DON )

**III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania**

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

.....  
( podpis osoby upoważnionej )