

## WNIOSEK O DOFINANSOWANIE

ZE ŚRODKÓW

PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

ORGANIZACJI SPORTU, KULTURY, REKREACJI I TURYSTYKI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

DATA WPŁYWU	
NUMER WNIOSKU	SKR-.....201.....r.
NUMER SPRAWY	DdRS.6105. .... . 201.....

PIECZĄTKA I PODPIS PRACOWNIKA PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK

CZĘŚĆ „A”

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (WNIOSEK PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

### 1. NAZWA I ADRES SIEDZIBY WNIOSKODAWCY

PEŁNA NAZWA					
NIP	REGON		STRONA WWW		
MIEJSCOWOŚĆ			KOD POCZTOWY		
ULICA	NR LOKALU	NR TELEFONU		E-MAIL	

### 2. OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTACJI WNIOSKODAWCY ORAZ ZACIĄGANIA ZOBOWIĄZAŃ FINANSOWYCH

PIECZĄTKA IMIENNA I PODPIS

### 3. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO PROWADZENIA SPRAWY

IMIĘ		NAZWISKO		
PESEL	NR DOW. TOŻSAMOŚCI	TELEFON	E-MAIL	



<b>ZNACZENIE DZIAŁALNOŚCI DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH</b>		
<b>INNE INFORMACJE ISTOTNE Z PUNKTU WIDZENIA WNIOSKODAWCY</b>		
<b>LICZBA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH OBJĘTYCH DZIAŁALNOŚCIĄ</b>	<b>DO 18 LAT</b>	<b>POWYŻEJ 18 LAT</b>

**5. INFORMACJA O KORZYSTANIU WNIOSKODAWCY ZE ŚRODKÓW PFRON W CIĄGU 3 LAT OD DNIA ZŁOŻENIA  
WNIOSKU**

CZY WNIOSKODAWCA KORZYSTAŁ ZE ŚRODKÓW PFRON W CIĄGU 3 LAT OD DNIA ZŁOŻENIA WNIOSKU?					
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> *					
* proszę zaznaczyć „X” we właściwym miejscu.					
NR I DATA ZAWARCIA UMOWY	KWOTA	CEL	TERMIN ROZLICZENIA	STAN ROZLICZENIA	ŹRÓDŁO

**6. INFORMACJA O REALIZACJI PRZEZ WNIOSKODAWCĘ OBOWIĄZKU WPŁAT NA RZECZ PFRON**

CZY WNIOSKODAWCA JEST ZOBOWIĄZANY DO WPŁAT NA RZECZ PFRON?	
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> *	
* proszę zaznaczyć „X” we właściwym miejscu	
PROSZĘ PODAĆ PODSTAWĘ ZWOLNIENIA Z WPŁAT NA RZECZ PFRON	
WNIOSKODAWCA ZAŁEGA Z WPŁATAMI NA RZECZ PFRON ?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> *

CZĘŚĆ „B”	INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA
-----------	--

NAZWA ZADANIA			
CEL DOFINANSOWANIA			
CEL ZADANIA			
RODZAJ ZADANIA	<input type="checkbox"/> ZADANIE SPORTOWE <input type="checkbox"/> ZADANIE KULTURALNE <input type="checkbox"/> ZADANIE TURYSTYCZNE <input type="checkbox"/> ZADANIE REKREACYJNE	TERMIN REALIZACJI	
		MIEJSCE REALIZACJI	
LICZBA UCZESTNIKÓW	DO 18 LAT		POWYŻEJ 18 LAT
SZCZEGÓŁOWY ZAKRES ZADAŃ			

<b>PRZEWIDYWANE EFEKTY</b>					
<b>OGÓLNA WARTOŚĆ NAKŁADÓW DOTYCHCZAS PONIESIONYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ NA REALIZACJĘ ZADANIA, DO KOŃCA MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO MIESIĄC, W KTÓRYM SKŁADANY JEST WNIOSEK WRAZ Z PODANIEM DOTYCHCZASOWYCH ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA</b>					
<b>WARTOŚĆ NAKŁADÓW</b>		<b>ŹRÓDŁA FINANSOWANIA</b>			
<b>PRZEWIDYWANY KOSZT ZADANIA</b>					
<b>DEKLAROWANE ŚRODKI WŁASNE WNIOSKODAWCY</b>					
<b>INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA OGÓŁEM</b>					
<b>W TYM</b>					
<b>WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON</b>					
			<b>SŁOWNIE</b>		

**WYKAZ SPRZĘTU SPORTOWEGO, KTÓREGO ZAKUP WYMAGANY JEST DO REALIZACJI ZADANIA**

L.P.	NAZWA	ILOŚĆ SZTUK	CENA JEDNOSTKOWA	WARTOŚĆ OGÓŁEM	WERYFIKACJA /WYPEŁNIA MOPS/
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

**CZĘŚĆ „C”**

**ZAŁĄCZNIKI, UWAGI, POUCZENIA, INFORMACJE DODATKOWE , OŚWIADCZENIA**

**1. WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW**

<p><b>W PRZYPADKU, GDY WNIOSKODAWCA JEST PODMIOTEM PROWADZĄCYM DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ</b>, w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015 poz. 584, 699 i 875) <b>WYMAGANE SĄ NASTĘPUJĄCE ZAŁĄCZNIKI:</b></p>	
<p><b>DOTYCZY WNIOSKODAWCY ? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>*</b></p> <p><small>*proszę zaznaczyć „X” we właściwym miejscu</small></p>	
<p><b>ZAŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS</b> OTRZYMANEJ W OKRESIE OBEJMUJĄCYM BIEŻĄCY ROK KALENDARZOWY ORAZ DWA POPRZEDZAJĄCE GO LATA KALENDARZOWE ALBO OŚWIADCZENIE O NIEKORZYSTANIU Z POMOCY DE MINIMIS W TYM OKRESIE,</p>	<p><b>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>*</b></p>
<p><b>INFORMACJE O KAŻDEJ POMOCY INNEJ NIŻ DE MINIMIS</b>, JAKĄ OTRZYMAŁ W ODNIESIENIU DO TYCH SAMYCH KOSZTÓW KWALIFIKUJĄCYCH SIĘ DO OBJĘCIA POMOCĄ ORAZ NA DANY PROJEKT INWESTYCYJNY, Z KTÓRYM JEST ZWIĄZANA POMOC DE MINIMIS,</p>	<p><b>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>*</b></p>

<p><b>W PRZYPADKU, GDY WNIOSKODAWCA JEST PRACODAWCĄ PROWADZĄCYM ZAKŁAD PRACY CHRONIONEJ</b> <b>WYMAGANE SĄ NASTĘPUJĄCE ZAŁĄCZNIKI:</b></p>	
<p><b>DOTYCZY WNIOSKODAWCY ? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>*</b></p> <p><small>*proszę zaznaczyć „X” we właściwym miejscu</small></p>	
<p>POTWIERDZONĄ KOPIĘ DECYZJI W SPRAWIE PRYZNANIA STATUSU ZAKŁADU PRACY CHRONIONEJ</p>	<p><b>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>*</b></p>
<p><b>INFORMACJĘ O WYSOKOŚCI ORAZ SPOSOBIE WYKORZYSTANIA ŚRODKÓW ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZA OKRES TRZECH MIESIĘCY PRZED DNIEM ZŁOŻENIA WNIOSKU</b></p>	<p><b>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>*</b></p>
<p><b>ZAŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS</b> OTRZYMANEJ W OKRESIE OBEJMUJĄCYM BIEŻĄCY ROK KALENDARZOWY ORAZ DWA POPRZEDZAJĄCE GO LATA KALENDARZOWE ALBO OŚWIADCZENIE O NIEKORZYSTANIU Z POMOCY DE MINIMIS W TYM OKRESIE,</p>	<p><b>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>*</b></p>
<p><b>INFORMACJE O KAŻDEJ POMOCY INNEJ NIŻ DE MINIMIS</b>, JAKĄ OTRZYMAŁ W ODNIESIENIU DO TYCH SAMYCH KOSZTÓW KWALIFIKUJĄCYCH SIĘ DO OBJĘCIA POMOCĄ ORAZ NA DANY PROJEKT INWESTYCYJNY, Z KTÓRYM JEST ZWIĄZANA POMOC DE MINIMIS,</p>	<p><b>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>*</b></p>

NAZWA ZAŁĄCZNIKA	ZAŁĄCZONO DO WNIOSKU*	UZUPEŁNIONO*	DATA UZUPEŁNIENIA
AKTUALNY WYPIS Z REJESTRU SĄDOWEGO (WAŻNY 3 MIESIĄCE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
STATUT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE PROWADZENIE DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH DŁUŻEJ NIŻ 2 LATA PRZED DNIEM ZŁOŻENIA WNIOSKU (np. sprawozdanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SPOSÓB REPREZENTACJI WNIOSKODAWCY (pełnomocnictwa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
POTWIERDZENIE POSIADANIA KONTA BANKOWEGO WRAZ Z INFORMACJĄ O EWENTUALNYCH OBCIĄŻENIACH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>OŚWIADCZENIE</u> O NIE ZALEGANIU Z WPŁATAMI NA PFRON BĄDŹ PODANIE PODSTAWY PRAWNEJ DOTYCZĄCEJ ZWOLNIENIA Z WPŁAT NA FUNDUSZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>OŚWIADCZENIE</u> WNIOSKODAWCY, O NIEPOSIADANIU WYMAGALNYCH ZOBOWIĄZAŃ WOBEC PFRON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PROGRAM MERYTORYCZNY ZADANIA: NAZWA, SZCZEGÓŁOWY ZAKRES I MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
UDOKUMENTOWANIE POSIADANIA ŚRODKÓW WŁASNYCH, POZYSKANYCH Z INNYCH ŹRÓDEŁ NIŻ PFRON W WYSOKOŚCI CO NAJMNIEJ 40% KOSZTÓW ZADANIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
KALKULACJA ZADANIA/KOSZTORYS WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ ZADANIA Z UWZGLĘDNIENIEM PODZIAŁU NA: <ul style="list-style-type: none"> <li>• OPŁACONE ZE ŚRODKÓW WŁASNYCH</li> <li>• OPŁACONE ZE ŚRODKÓW PFRON</li> </ul> (podpisany przez księgową) załącznik nr 1 do wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LISTA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH UCZESTNICZĄCYCH W ZADANIU WRAZ Z PODANIEM STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ORAZ ADRESU ZAMIESZKANIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LISTA OPIEKUNÓW DLA UCZESTNIKÓW ZADANIA WRAZ Z UZASADNIENIEM ICH OBECNOŚCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DECYZJA W SPRAWIE NADANIA NR NIP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ZAŚWIADCZENIE O POSIADANIU NR IDENTYFIKACYJNEGO REGON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>OŚWIADCZENIE</u> PEŁNOMOCNIKÓW O ZGODZIE NA PRZETWARZANIE PRZEZ PFRON DANYCH OSOBOWYCH, KONIECZNYCH DO REALIZACJI ZADANIA. Zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r. nr 133 poz. 883) załącznik nr 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>OŚWIADCZENIE</u> O PROWADZENIU LUB NIE PROWADZENIU DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ WNIOSKODAWCĘ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
UDOKUMENTOWANE ZAPEWNIENIE ODPOWIEDNICH DLA POTRZEB OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH WARUNKÓW TECHNICZNYCH I LOKALOWYCH DO REALIZACJI ZADANIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\* proszę zaznaczyć „X” jeżeli załącznik dołączono do wniosku

## 2. POUCZENIA I OŚWIADCZENIA

OŚWIADCZAM, ŻE ZNANE MI SĄ SKUTKI SKŁADANIA FAŁSZYWYCH OŚWIADCZEŃ WYNIKAJĄCE Z ART. 297 KODEKSU KARNEGO\*

PRAWDZIWOŚĆ PRZEDSTAWIONYCH W NINIEJSZYM WNIOSKU DANYCH STWIERDZAM POD ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ KARNA PRZEWIDZIANĄ W ART. 233 § 1 I § 2 KODEKSU KARNEGO.\*\*

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

### Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny. Dz. U. z 1997 nr 88 poz. 553

#### \*Art. 297.

§ 1. Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi – kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, elektronicznego instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, **przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.**

§ 2. Tej samej karze podlega, kto wbrew ciążącemu obowiązkowi, nie **powiadamia właściwego podmiotu o powstaniu sytuacji mogącej mieć wpływ na wstrzymanie albo ograniczenie wysokości udzielonego wsparcia finansowego**, określonego w § 1, lub zamówienia publicznego albo na możliwość dalszego korzystania z elektronicznego instrumentu płatniczego.

§ 3. Nie podlega karze, kto przed wszczęciem postępowania karnego dobrowolnie zapobiegł wykorzystaniu wsparcia finansowego lub instrumentu płatniczego, określonych w § 1, zrezygnował z dotacji lub zamówienia publicznego albo zaspokoił roszczenia pokrzywdzonego.

#### \*\*Art. 233.

§ 1. 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 do lat 3.**

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

## 2. INFORMACJE I UWAGI

**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W DĄBROWIE GÓRNICZEJ W TERMINIE 10 DNI OD DNIA ZŁOŻENIA WNIOSKU POINFORMUJE WNIOSKODAWCĘ O WYSTĘPUJĄCYCH WE WNIOSKU UCHYBIENIACH. WNIOSKODAWCA ZOBOWIĄZANY JEST DO USUNIĘCIA UCHYBIEŃ W TERMINIE 30 DNI OD DNIA OTRZYMANIA INFORMACJI O WYSTĄPIENIU UCHYBIEŃ. NIEUSUNIĘCIE UCHYBIEŃ W WYZNACZONYM TERMINIE POWODUJE POZOSTAWIENIE WNIOSKU BEZ ROZPATRZENIA.**

**WNIOSKI O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON DO ORGANIZACJI SPORTU, KULTURY, TURYSTYKI I REKREACJI DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZOSTANĄ ROZPATRZONE PO OTRZYMANIU PLANU FINANSOWEGO.**

**DOFINANSOWANIE DO ORGANIZACJI SPORTU, KULTURY, TURYSTYKI I REKREACJI DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH NIE OBEJMUJE KOSZTÓW REALIZACJI ZADANIA PONIESIONYCH PRZED ZAWARCIEM UMOWY O DOFINANSOWANIE.**

**WNIOSKODAWCA BĘDĄCY PODMIOTEM PROWADZĄCYM DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ PRZED ZAWARCIEM UMOWY PRZEDSTAWIA ZAKTUALIZOWANĄ INFORMACJĘ O POMOCY DE MINI MIS LUB INNEJ POMOCY PUBLICZNEJ PRZEZNACZONEJ NA TE SAME KOSZTY KWALIFIKUJĄCE SIĘ DO OBJĘCIA POMOCĄ OTRZYMANEJ PO ZŁOŻENIU WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON.**



**KALKULACJA ZADANIA/KOSZTORYS WYDATKÓW**

KALKULACJA ZADANIA/KOSZTORYS WYDATKÓW				
NAZWA ZADANIA				
L.P.	WYDATKI SZCZEGÓŁOWE	KOSZT CAŁKOWITY	KOSZTY WŁASNE	KOSZTY PFRON
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
<b>RAZEM</b>				
<p>..... / data i podpis osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/</p>				

INFORMACJA WYJAŚNIAJĄCA WYPEŁNIANIE WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON ORGANIZACJI SPORTU, KULTURY, REKREACJI I TURYSTYKI DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH	
<p><b>PODSTAWA PRAWNA</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r., nr 127, poz. 721 z późniejszymi zmianami)</li> <li>2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (Dz. U. z 2015 r., poz. 926, j. t.).</li> <li>3. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2003 nr 96, poz. 873 z późniejszymi zmianami)</li> <li>4. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r.- prawo zamówień publicznych Dz. U. z 2013 poz. 907 i 984 z późn. zm.)</li> </ol>
<p><b>O DOFINANSOWANIE MOGĄ SIĘ UBIEGAĆ OSOBY PRAWNE I JEDNOSTKI ORGANIZACYJNE NIE POSIADAJĄCE OSOBOWOŚCI PRAWNEJ, JEŻELI:</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prowadzą działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres <b>co najmniej 2 lat</b> przed złożeniem wniosku - (należy przedstawić sprawozdanie z działalności).</li> <li>2. Udokumentują zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania.</li> <li>3. Udokumentują posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem PFRON. Środki własne Wnioskodawcy nie mogą pochodzić z innych programów PFRON.</li> </ol>
<p><b>ORAZ SPEŁNIAJĄ NASTĘPUJĄCE WARUNKI</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.</li> <li>2. Dofinansowanie ze środków PFRON <u>nie przysługuje</u>, 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 rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.</li> <li>3. Dofinansowanie dotyczy tylko osób niepełnosprawnych, które są <u>mieszkańcami Dąbrowy Górniczej</u>, czyli dofinansowaniem nie mogą być objęte osoby niepełnosprawne zamieszkujące w innych miastach.</li> <li>4. Ilość osób niepełnosprawnych w zadaniu powinna wynosić 100%, jest to liczba łączna z niezbędnymi opiekunami osób niepełnosprawnych, których nie może być więcej niż 40% ogólnej ilości.</li> <li>5. Na liście uczestników zadania należy wykazać <b>ilość opiekunów wraz z uzasadnieniem jej potrzeby</b> oraz wskazać kto sprawuje opiekę nad konkretną osobą niepełnosprawną. <b>Przekroczenie 40% ilości opiekunów musi zostać pisemnie uzasadnione i jest możliwe tylko i wyłącznie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich, niewidomych lub głęboko upośledzonych umysłowo i chorych psychicznie.</b></li> <li>6. Jeżeli organizator zadania przewiduje <b>pracę opiekunów jako wolontariuszy</b>, to musi to udokumentować przez umowę o wolontariat. Koszt pracy wolontariuszy stanowi udział własny organizatora zadania wyliczany w następujący sposób: <b>1godz. x 10,00 zł brutto, wynagrodzenie 10,00 zł</b>. Wolontariat, nie może przekraczać więcej niż 10% ogólnych kosztów zadania.</li> <li>7. Wysokość dofinansowania organizacji <b>sportu, kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych wynosi do 60% kosztów przedsięwzięcia</b>, czyli może być mniejsze niż 60%.</li> </ol>
<p><b>PODSTAWA I ZASADY DOFINANSOWANIA ORAZ ROZLICZENIA ZADANIA</b></p>	<p><b>Podstawę dofinansowania stanowi umowa.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. W pierwszej kolejności ze środków PFRON dofinansowane są koszty bezpośrednio związane z uczestnictwem osób niepełnosprawnych w imprezie, w tym w szczególności: <ul style="list-style-type: none"> <li>• koszty wyżywienia,</li> <li>• koszty transportu,</li> <li>• koszty ubezpieczenia.</li> </ul> </li> <li>2. <b>KOSZTY ZWIĄZANE Z PRZYGOTOWANIE WNIOSKU NIE SĄ REFUNDOWANE.</b></li> <li>3. Zakres rzeczowy i finansowy imprezy określa kalkulacja wydatków/kosztorys. Wnioskodawca powinien jednoznacznie określić, które pozycje kosztorysu mają być sfinansowane ze środków PFRON.</li> </ol>

<p><b>PODSTAWA I ZASADY DOFINANSOWANIA ORAZ ROZLICZENIA ZADANIA</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Do obowiązków Wnioskodawcy przy realizacji zadania należy zatrudnienie osób o kwalifikacjach wymaganych odrębnymi przepisami, uzyskanie pozwoleń oraz zapewnienie warunków realizacji zadania, wymaganych szczególnymi przepisami.</li> <li>5. <b>Koszty ponad wysokość określoną w uznanym kosztorysie</b>, także w przypadkach, gdy dla prawidłowej realizacji zadania niezbędne było wykonanie dodatkowych usług, czy zakupu materiałów lub urządzeń, <b>Wnioskodawca pokrywa ze środków własnych</b>.</li> <li>6. Przekazanie środków PFRON następuje, zgodnie z zapisami umowy, przelewem na wskazane przez Wnioskodawcę konto - subkonto na rachunku własnym, <b>wydzielone dla środków otrzymanych z PFRON</b>.</li> <li>7. Przekazanie środków finansowych <b>nastąpi nie wcześniej niż 30 dni</b> przed realizacją zadania, po uprzednim <b>udokumentowaniu środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł</b> na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.</li> <li>8. Wnioskodawca zobowiązany jest do powiadomienia MOPS/PFRON w formie pisemnej, <b>o każdej zmianie mającej wpływ na termin lub zakres realizacji jego zobowiązań, w terminie 7 dni od zaistnienia zdarzenia</b>.</li> <li>9. Rozliczone będą faktury lub inne dokumenty księgowe, które bezpośrednio związane są z realizacją zadania zarówno ze środków własnych, jak i PFRON.</li> <li>10. Fakturę należy opisać: „<b>sprawdzono pod względem merytorycznym, rachunkowym, formalnym</b>” oraz opatrzyć klauzulą: <b>opłacono ze środków PFRON w wysokości...</b>”</li> </ol>
<p><b>TERMINY</b></p>	<p><b><u>Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON składa się w terminie do dnia 30 listopada roku poprzedzającego realizację zadań. Na każde zadanie należy złożyć osobny wniosek.</u></b></p> <p>Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej <b>w terminie 10 dni od dnia złożenia wniosku informuje podmiot, który złożył wniosek, o występujących we wniosku uchybieniach</b>, które winny zostać usunięte <b>w terminie 30 dni</b>. Nie usunięcie uchybień w <b>wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia</b>, zgodnie z § 12, ust. 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz.U. z 2015 r., poz. 926, j. t.).</p> <p>Decyzja o dofinansowaniu poszczególnych zadań będzie podjęta w roku następnym, <b>po uzyskaniu informacji o planie finansowym z PFRON w Warszawie na rok bieżący oraz zatwierdzeniu przez Radę Miejską Dąbrowy Górniczej podziału środków finansowych</b> na realizację zadań wynikających z art. 35 a, ust 1, pkt 7 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z 27 sierpnia 1997r. (Dz. U. z 2011r., nr 127, poz. 721 z późn. zm.)</p>
<p><b>TRYB ODWOŁAWCZY</b></p>	<p><b>BRAK</b></p>
<p><b>MIEJSCE SKŁADANIA WNIOSKÓW</b></p>	<p>Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, Dąbrowa Górnicza, Aleja Józefa Piłsudskiego 2, <b>Dział ds. Rehabilitacji Społecznej - parter, pok. 032, 029, 028,</b> w poniedziałek, wtorek, środa, piątek w godz. od 7<sup>00</sup> do 15<sup>00</sup>, w czwartek od godz. 7<sup>00</sup> do 17<sup>00</sup>.</p>

## OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

DĄBROWA GÓRNICZA		DATA	
IMIĘ		NAZWISKO	
PESEL		ADRES	

Oświadczam, że **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzania czynności związanych z realizacją wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

.....  
/ data i podpis /

## OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

DĄBROWA GÓRNICZA		DATA	
IMIĘ		NAZWISKO	
PESEL		ADRES	

Oświadczam, że **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzania czynności związanych z realizacją wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

.....  
/ data i podpis /

## OŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU Z WPŁATAMI NA PFRON\*

DĄBROWA GÓRNICZA

DATA

PODMIOT SKŁADAJACY  
OŚWIADCZENIE

/Pieczęć podmiotu składającego  
oświadczenie/

**OŚWIADCZA, ŻE NIE ZALEGA Z WPŁATAMI NA PAŃSTWOWY FUNDUSZ REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

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

\* Pracodawca zatrudniający co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy jest obowiązany, dokonywać miesięcznych wpłat na PFRON, w wysokości kwoty stanowiącej iloczyn 40,65% przeciętnego wynagrodzenia i liczby pracowników odpowiadającej różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości 6% a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych. Dlatego do obliczenia wpłat na PFRON w danym okresie przyjmuje się ww. kwotę.

**Podstawa prawna:** ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. nr 127, poz. 721 ze zm.) - art. 2 pkt 4 oraz art. 21 ust. 1.

## OŚWIADCZENIE O NIEPOSIADANIU WYMAGALNYCH ZOBOWIĄZAŃ WOBEC PFRON\*

DĄBROWA GÓRNICZA

DATA

PODMIOT SKŁADAJACY  
OŚWIADCZENIE

/Pieczęć podmiotu składającego  
oświadczenie/

**OŚWIADCZA, ŻE NIE POSIADA WYMAGALNYCH ZOBOWIĄZAŃ WOBEC PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

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