



*Pieczęć Wnioskodawcy*

Numer sprawy:.....

Data wpływu wniosku .....

*/ wypełnia MOPS w Płocku /*

## **W N I O S E K**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury,  
rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych.**

Część A: Nazwa, siedziba i adres Wnioskodawcy:

<b>Pełna nazwa:</b>					
	-				
<b>Miejscowość</b>	<b>Kod pocztowy</b>	<b>Ulica</b>	<b>Nr budynku</b>	<b>Nr lokalu</b>	<b>Gmina</b>
<b>Powiat</b>	<b>Województwo</b>	<b>Nr telefonu</b>	<b>Nr faxu</b>	<b>Adres e-mail</b>	

Informacje o Wnioskodawcy

<b>Status prawny i podstawa działania</b>	<b>REGON</b>
<b>Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej</b>	<b>Data wpisu do rejestru sądowego lub do ewidencji działalności gospodarczej</b>
<b>Organ założycielski</b>	<b>Nr identyfikacji NIP</b>

Nazwa banku	Nr konta bankowego
-------------	--------------------

**Dane osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych:**

Imię i nazwisko	Adres zamieszkania	Nr ewid. PESEL	Pieczętka imienna i podpis

**Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:**

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON *	TAK: <input type="checkbox"/>	NIE: <input type="checkbox"/>
Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON *	TAK: <input type="checkbox"/>	NIE: <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości		

\*- właściwe pole zaznaczyć krzyżykiem „X”

**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	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródła finansowania PFRON/inne jakie


\*- właściwe pole zaznaczyć krzyżykiem „X”

<b>Czy Wnioskodawca w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie?*</b>	<input type="checkbox"/> <b>TAK:</b>	<input type="checkbox"/> <b>NIE:</b>
<b>Jeśli tak, to należy podać nr i datę zawartej umowy: .....</b>		

\*- właściwe pole zaznaczyć krzyżykiem „X”

<b>Czy w stosunku do Wnioskodawcy toczy się postępowanie w organach, tj policja, prokuratura, sąd w związku z nieprawidłową realizacją umowy?*</b>	<input type="checkbox"/> <b>TAK:</b>	<input type="checkbox"/> <b>NIE:</b>
<b>Czy w stosunku do Wnioskodawcy zapadło prawomocne orzeczenie sądu w związku z nieprawidłową realizacją umowy?*</b>	<input type="checkbox"/> <b>TAK:</b>	<input type="checkbox"/> <b>NIE:</b>

\*- właściwe pole zaznaczyć krzyżykiem „X”

.....  
(Data i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy)

**Część B: Informacje o przedmiocie wniosku**

**Przedmiot dofinansowania (tytuł imprezy, cel dofinansowania i miejsce realizacji):**

--

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

--

**Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych.**

--

<b>Liczba uczestników (ogółem)..... w tym:</b>
<b>liczba uczestników z Gminy Płock.....</b>
<b>spoza Gminy Płock.....</b>
<b>liczba opiekunów.....</b>

Przewidywany całkowity koszt realizacji imprezy:.....zł.

<b>1. Deklarowane własne środki: .....</b> <b>zł.</b> <b>(słownie złotych:.....)</b>	
<b>2. Inne źródła finansowania ogółem:</b>	<b>z tego:</b>
a/	
b/	
c/	
d/	
<b>3. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek .....</b> <b>zł</b> <b>(słownie złotych:.....)</b>	
<b>Dotychczasowe źródła i wysokości finansowania poniesionych nakładów:</b>	
a/ .....	
b/ .....	
c/ .....	
d/.....	
<b>Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu.....</b> <b>.....zł./słownie złotych/.....</b>	

**Oświadczenie:**

1. Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 ze zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku w części A i części B podane zostały zgodnie z prawdą.
2. Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot zobowiązuje się do pokrycia udziału własnego w kosztach realizacji zadania.
3. Oświadczam, że posiadam/zabezpieczę\* odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji imprezy.
4. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi imprezy / zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi imprezy\*.



## Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku: /wypełnia pracownik MOPS/

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
Aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej			
Statut			
Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed złożeniem wniosku			
Nazwa, miejsce, szczegółowy przebieg imprezy, czyli program merytoryczny przedsięwzięcia			
Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania			
Dokumenty świadczące o zapewnieniu odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania			
Dokument potwierdzający posiadanie środków własnych w wysokości nieobjętej dofinansowaniem: oświadczenie lub kserokopia wyciągu bankowego, potwierdzona za zgodność z oryginałem.			
Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach			
Lista osób uczestniczących w imprezie wraz z podaniem: imienia, nazwiska, stopnia niepełnosprawności i nr orzeczenia lekarskiego, do kiedy jest ważne orzeczenie.(Załącznik do niniejszego wniosku)			
<b>W przypadku Wnioskodawcy prowadzącego działalność gospodarczą:</b>			
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			
Zaświadczenia o pomocy <i>de minimis</i> otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy <i>de minimis</i> w tym okresie.			
Informacje o każdej pomocy innej niż <i>de minimis</i> , jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, pomoc <i>de minimis</i> .			
Oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy.(Kryteria są określone w pkt 9-11 Wytocznych wspólnotowych dot. pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw Dz.Urz. UE C 244 z 01.10.2004, str 2).			
<b>W przypadku 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 datą złożenia wniosku			
Informację o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku			

### Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części A i B Wniosku

--	--

/Pieczętka MOPS/

/pieczętka imienna, podpis pracownika MOPS i data/

## **INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia 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 (zwanego dalej RODO), Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Płocku przedstawia następujące informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych:

### **1. DANE ADMINISTRATORA**

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Płocku, ul. Zgliczyńskiego 4, 09-400 Płock tel. nr 24 364 02 10  
email: sekretariat@mosplock.eu.

### **2. INSPEKTOR OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych wyznaczonym u Administratora jest możliwy pod adresem email: iod@mosplock.eu tel. 24 364 02 76.

### **3. PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA DANYCH**

Dane osobowe Pana/Pani będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c – rozporządzenia cyt. na wstępie, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy określone w ustawie o pomocy społecznej. Odmowa udostępnienia danych osobowych uniemożliwia korzystanie ze świadczeń z pomocy społecznej.

### **4. CEL I SPOSÓB PRZETWARZANIA DANYCH**

Przetwarzanie następuje w celu realizacji zadań ustawowych określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz osób niepełnosprawnych (tj. Dz.U. z 2020 r. poz. 426 ze zm.).

Wszelkie dane osobowe pozyskane przez Administratora przetwarzane są w postaci papierowej i/lub elektronicznej.

### **5. UDOŚTĘPNIANIE DANYCH**

Dane osobowe pozyskane przez Administratora mogą być przekazywane pracownikom Administratora na podstawie upoważnień do przetwarzania danych oraz mogą być przekazywane podmiotom zewnętrznym zajmującym się bieżącą obsługą Administratora w zakresie świadczenia usług finansowych oraz doradztwa prawnego. Ponadto dane osobowe mogą być przekazywane organom władzy publicznej oraz podmiotom wykonującym zadania publiczne lub działającym na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów prawa.

### **6. OKRES PRZEZ KTÓRY ADMINISTRATOR PRZETWARZA DANE**

Wszelkie dane osobowe pozyskane przez Administratora będą przetwarzane przez okres niezbędny dla realizacji prawnie uzasadnionych interesów Administratora, określony m.in. w Jednolitym Rzeczym Wykazie Akt.

### **7. PRZEKAZYWANIE DANYCH DO PAŃSTWA TRZECIEGO**

Dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców w państwach trzecich,



## **8. UPRAWNIENIA OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ**

W związku z przetwarzaniem danych osobowych, osobie, której dane dotyczą przysługuje:

1. prawo do dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
2. prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku, gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
3. prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. „prawo do bycia zapomnianym”) – w przypadku, gdy:
  - dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,
  - osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych,
  - osoba, której dane dotyczą, cofnęła zgodę, na której opiera się przetwarzanie i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania,
  - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
  - dane muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;
4. prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych – w przypadku, gdy:
  - osoba, której dane dotyczą, kwestionuje prawidłowość danych osobowych, przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia,
  - Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów, ale osoba, której dane dotyczą, potrzebuje ich do ustalenia, obrony lub dochodzenia roszczeń,
  - osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych – do czasu ustalenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie Administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu;
5. prawo do przenoszenia danych osobowych;
6. prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, gdy:
  - zaistnieją przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją a przetwarzanie danych oparte jest na podstawie niezbędności do celów wynikających z prawnie uzasadnionego interesu.

W przypadku przetwarzania danych na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, przysługuje prawo do cofnięcia zgody. Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Osobie, która uzna, że przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia RODO, przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

## **9. INFORMACJA O ZAUTOMATYZOWANYM SPOSOBIE PRZETWARZANIA DANYCH I PROFILOWANIU**

Dane osobowe zbierane przez Administratora nie są wykorzystywane w procesach zautomatyzowanego podejmowania decyzji lub do profilowania.

.....  
(podpis osoby informującej)

**Z w/w informacjami zapoznałem/am się**

.....  
(miejsce, data i czytelny podpis osoby zapoznającej się)





