

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE

ZE ŚRODKÓW

PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

ORGANIZACJI SPORTU, KULTURY, REKREACJI I TURYSTYKI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

DATA WPŁYWU	
NUMER WNIOSKU	SKR-..... / 202..... r.
NUMER SPRAWY	DdRS.6105. 20

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
TELEFON	E-MAIL

4. POZOSTAŁE WYMAGANE DANE WNIOSKODAWCY

STATUS PRAWNY																																					
PODSTAWA DZIAŁANIA																																					
NR REJESTRU SĄDOWEGO		DATA WPISU DO REJESTRU SĄDOWEGO																																			
ORGAN ZAŁOŻYCIELSKI																																					
NR KONTA BANKOWEGO	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																				
NAZWA BANKU																																					
CZY WNIOSKODAWCA JEST PODMIOTEM PROWADZĄCYM DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ, w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1292 ze zm.)																																					
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> *																																					
CZY WNIOSKODAWCA JEST PŁATNIKIEM VAT	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> * *proszę zaznaczyć „X” we właściwym miejscu																																				
ŹRÓDŁA FINANSOWANIA DZIAŁALNOŚCI																																					
SYNTETYCZNA CHARAKTERYSTYKA DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY																																					
CEL DZIAŁANIA																																					
ZAKRES TERYTORIALNY DZIAŁANIA																																					
KADRA I JEJ KWALIFIKACJE																																					
ZNACZENIE DZIAŁALNOŚCI DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH																																					

INNE INFORMACJE ISTOTNE Z PUNKTU WIDZENIA WNIOSKODAWCY		
LICZBA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH OBJĘTYCH DZIAŁALNOŚCIĄ	DO 18 LAT	POWYŻEJ 18 LAT
Dotychczasowe doświadczenie Wnioskodawcy w zakresie realizacji podobnego rodzaju przedsięwzięcia, o które ubiega się w ramach złożonego wniosku	Rodzaj zadania	Rok realizacji zadania

5. INFORMACJA O KORZYSTANIU WNIOSKODAWCY ZE ŚRODKÓW PFRON W CIĄGU 3 LAT PRZED DNIEM ZŁOŻENIA WNIOSKU

CZY WNIOSKODAWCA KORZYSTAŁ ZE ŚRODKÓW PFRON W CIĄGU 3 LAT PRZED DNIEM ZŁOŻENIA WNIOSKU?					
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> *					
*proszę zaznaczyć „X” we właściwym miejscu.					
NUMER ZAWARTEJ UMOWY	KWOTA PRYZNANA	CEL	DATA PRYZNANIA DOFINANSOWANIA	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 ZALEGA 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	Osoby niepełnosprawne do 18 LAT	Osoby niepełnosprawne powyżej 18 LAT	opiekunowie	RAZEM
SZCZEGÓŁOWY ZAKRES ZADAŃ				

PRZEWIDYWANE EFEKTY			
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			
WARTOŚĆ NAKŁADÓW		ŹRÓDŁA FINANSOWANIA	
PRZEWIDYWANY KOSZT ZADANIA			
DEKLAROWANE ŚRODKI WŁASNE WNIOSKODAWCY			
INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA OGÓŁEM			
		W TYM	
WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON			
		SŁOW NIE	

WYKAZ SPRZĘTU SPORTOWEGO, KTÓREGO ZAKUP WYMAGANY JEST DO REALIZACJI ZADANIA - o ile dotyczy

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

W PRZYPADKU, GDY WNIOSKODAWCA JEST PODMIOTEM PROWADZĄCYM DZIAŁALNOŚĆ **GOSPODARCZĄ**, w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1292 ze zm.) **WYMAGANE SĄ NASTĘPUJĄCE ZAŁĄCZNIKI:**

DOTYCZY WNIOSKODAWCY ? TAK NIE *

*proszę zaznaczyć „X” we właściwym miejscu

ZAŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS OTRZYMANEJ W OKRESIE OBEJMUJĄCYM BIEŻĄCY ROK KALENDARZOWY ORAZ DWA POPRZEDZAJĄCE GO LATA KALENDARZOWE ALBO OŚWIADCZENIE O NIEKORZYSTANIU Z POMOCY DE MINIMIS W TYM OKRESIE

TAK NIE *

INFORMACJE O KAŻDEJ POMOCY INNEJ NIŻ DE MINIMIS, 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

TAK NIE *

W PRZYPADKU, GDY WNIOSKODAWCA JEST PRACODAWCĄ PROWADZĄCYM **ZAKŁAD PRACY CHRONIONEJ** WYMAGANE SĄ NASTĘPUJĄCE ZAŁĄCZNIKI:

DOTYCZY WNIOSKODAWCY ? TAK NIE *

*proszę zaznaczyć „X” we właściwym miejscu

POTWIERDZONĄ KOPIĘ DECYZJI W SPRAWIE PRYZNANIA STATUSU ZAKŁADU PRACY CHRONIONEJ

TAK NIE *

INFORMACJĘ O WYSOKOŚCI ORAZ SPOSOBIE WYKORZYSTANIA ŚRODKÓW ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZA OKRES TRZECH MIESIĘCY PRZED DNIEM ZŁOŻENIA WNIOSKU

TAK NIE *

ZAŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS OTRZYMANEJ W OKRESIE OBEJMUJĄCYM BIEŻĄCY ROK KALENDARZOWY ORAZ DWA POPRZEDZAJĄCE GO LATA KALENDARZOWE ALBO OŚWIADCZENIE O NIEKORZYSTANIU Z POMOCY DE MINIMIS W TYM OKRESIE

TAK NIE *

INFORMACJE O KAŻDEJ POMOCY INNEJ NIŻ DE MINIMIS, 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

TAK NIE *

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"/>	
OŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU Z WPŁATAMI NA PFRON BĄDŹ PODANIE PODSTAWY PRAWNEJ DOTYCZĄCEJ ZWOLNIENIA Z WPŁAT NA FUNDUSZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY, O NIEPOSIADANIU WYMAGALNYCH ZOBOWIĄZAŃ WOBEC PFRON oraz OŚWIADCZENIE, ŻE W CIĄGU TRZECH LAT PRZED ZŁOŻENIEM WNIOSKU NIE BYŁ STRONĄ UMOWY O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU, ROZWIĄZANEJ Z PRZYCZYŃ LEŻĄCYCH PO JEGO STRONIE	<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"> • OPŁACONE ZE ŚRODKÓW WŁASNYCH • OPŁACONE ZE ŚRODKÓW PFRON załącznik nr 1 do wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OŚWIADCZENIE DOT. ILOŚCI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH UCZESTNICZĄCYCH W ZADANIU WRAZ Z PODANIEM STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ORAZ MIEJSCOWOŚCIĄ ZAMIESZKANIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OŚWIADCZENIE DOT. ILOŚCI OPIEKUNÓW DLA UCZESTNIKÓW ZADANIA WRAZ Z UZASADNIENIEM ICH OBECNOŚCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OŚWIADCZENIE 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 KARNĄ 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 (tekst jednolity Dz.U. z 2020 r. poz. 1444).

***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, 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 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 od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 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.

3. 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, REKREACJI TURYSTYKI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZOSTANĄ ROZPATRZONE PO OTRZYMANIU PLANU FINANSOWEGO.

DOFINANSOWANIE DO ORGANIZACJI SPORTU, KULTURY, REKREACJI TURYSTYKI 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.				
RAZEM				
..... / data i podpis osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy /				

OŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU Z WPŁATAMI NA PFRON*

DĄBROWA GÓRNICZA	DATA	
PODMIOT SKŁADAJĄCY OŚWIADCZENIE /Pieczęć podmiotu składającego oświadczenie/		
<p>OŚWIADCZA, ŻE NIE ZALEGA Z WPŁATAMI NA PAŃSTWOWY FUNDUSZ REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH</p> <p style="text-align: center;">..... / data i podpis osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy /</p>		

* 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r., poz. 426 ze zm.) - art. 2 pkt 4 oraz art. 21 ust. 1.

OŚWIADCZENIE O NIEPOSIADANIU WYMAGALNYCH ZOBOWIĄZAŃ WOBEC PFRON

DĄBROWA GÓRNICZA	DATA	
PODMIOT SKŁADAJĄCY OŚWIADCZENIE /Pieczęć podmiotu składającego oświadczenie/		
<p>OŚWIADCZA, ŻE NIE POSIADA WYMAGALNYCH ZOBOWIĄZAŃ WOBEC PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH</p> <p>OŚWIADCZA, ŻE W CIĄGU TRZECH LAT PRZED ZŁOŻENIEM WNIOSKU NIE BYŁ STRONĄ UMOWY O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU, ROZWIĄZANEJ Z PRZYCZYN LEŻĄCYCH PO JEGO STRONIE</p> <p style="text-align: center;">..... / data i podpis osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy /</p>		

INFORMACJA WYJAŚNIAJĄCA WYPEŁNIANIE WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON ORGANIZACJI SPORTU, KULTURY, REKREACJI I TURYSTYKI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

PODSTAWA PRAWNA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r., poz. 426 ze zm.). 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 926). 3. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r. poz. 1057 ze zm.). 4. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r.- prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1843 ze zm.).
O DOFINANSOWANIE MOGĄ SIĘ UBIEGAĆ OSOBY PRAWNE I JEDNOSTKI ORGANIZACYJNE NIE POSIADAJĄCE OSOBOWOŚCI PRAWNEJ, JEŻELI:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prowadzą działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed złożeniem wniosku - (należy przedstawić sprawozdanie z działalności). 2. Udokumentują zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania. 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.
ORAZ SPEŁNIAJĄ NASTĘPUJĄCE WARUNKI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON. 2. Dofinansowanie ze środków PFRON nie przysługuje, 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 rozwiązywanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu. 3. Dofinansowanie dotyczy tylko osób niepełnosprawnych, które są mieszkańcami Dąbrowy Górniczej, czyli dofinansowaniem nie mogą być objęte osoby niepełnosprawne zamieszkujące w innych miastach. 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. 5. Na oświadczeniu dot. uczestników zadania należy wykazać ilość opiekunów wraz z uzasadnieniem ich potrzeby. 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 oraz wymagających opiekunów. 6. Jeżeli organizator zadania przewiduje pracę opiekunów jako wolontariuszy, to musi to udokumentować przez umowę o wolontariat. Koszt pracy wolontariuszy stanowi udział własny organizatora zadania wyliczany w następujący sposób: 1 godz. x 17,00 zł brutto, wynagrodzenie 17,00 zł (w 2021 r. prognozowana kwota wynagrodzenia – 18,30 zł). Wolontariat, nie może przekraczać więcej niż 10% ogólnych kosztów zadania. 7. Wysokość dofinansowania organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych wynosi do 60% kosztów przedsięwzięcia, czyli może być mniejsze niż 60%.
PODSTAWA I ZASADY DOFINANSOWANIA ORAZ ROZLICZENIA ZADANIA	<p>Podstawę dofinansowania stanowi umowa.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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"> • koszty wyżywienia, • koszty transportu, • koszty ubezpieczenia. 2. KOSZTY ZWIĄZANE Z PRZYGOTOWANIEM WNIOSKU NIE SĄ REFUNDOWANE. 3. Zakres rzeczowy i finansowy imprezy określa kalkulacja wydatków/kosztorys. Wnioskodawca powinien jednoznacznie określić, które pozycje kosztorysu mają być sfinansowane ze środków PFRON.

<p>PODSTAWA I ZASADY DOFINANSOWANIA ORAZ ROZLICZENIA ZADANIA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Do obowiązków Wnioskodawcy przy realizacji zadania należy zatrudnienie osób o kwalifikacjach wymaganych odrębnymi przepisami, uzyskanie pozwoleń oraz zapewnienie warunków realizacji zadania, wymaganych szczególnymi przepisami. 2. Koszty ponad wysokość określoną w uznanym kosztorysie, także w przypadkach, gdy dla prawidłowej realizacji zadania niezbędne było wykonanie dodatkowych usług, czy zakupu materiałów lub urządzeń, Wnioskodawca pokrywa ze środków własnych. 3. Przekazanie środków PFRON następuje, zgodnie z zapisami umowy, przelewem na wskazane przez Wnioskodawcę konto. 4. Przekazanie środków finansowych nastąpi nie wcześniej niż 30 dni przed realizacją zadania, po uprzednim udokumentowaniu środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON. 5. Wnioskodawca zobowiązany jest do powiadomienia MOPS/PFRON w formie pisemnej, o każdej zmianie mającej wpływ na termin lub zakres realizacji jego zobowiązań, w terminie 7 dni od zaistnienia zdarzenia. 6. Rozliczone będą faktury lub inne dokumenty księgowo, które bezpośrednio związane są z realizacją zadania zarówno ze środków własnych, jak i PFRON. 7. Fakturę należy opisać: „sprawdzono pod względem merytorycznym, rachunkowym, formalnym” oraz opatrzyć klauzulą: optacono ze środków PFRON w ramach zadania w wysokości.....” dla (ilość osób) – dot. umowy numer.....
<p>TERMINY</p>	<p><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></p> <p>Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej w terminie 10 dni od dnia złożenia wniosku informuje podmiot, który złożył wniosek, o występujących we wniosku uchybieniach, które winny zostać usunięte w terminie 30 dni. Nie usunięcie uchybień w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia, zgodnie z § 12, ust. 3 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (tekst jednolity Dz.U. z 2015 r., poz. 926).</p> <p>Decyzja o dofinansowaniu poszczególnych zadań będzie podjęta w roku następnym, po uzyskaniu informacji o planie finansowym z PFRON w Warszawie na rok bieżący oraz zatwierdzeniu przez Radę Miejską Dąbrowy Górniczej podziału środków finansowych 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. (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r., poz. 426 ze zm.).</p>
<p>TRYB ODWOŁAWCZY</p>	<p>BRAK</p>
<p>MIEJSCE SKŁADANIA WNIOSKÓW</p>	<p>Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, Dąbrowa Górnicza, Aleja Józefa Piłsudskiego 2, Dział ds. Rehabilitacji Społecznej - parter, pok. 032, 029, 028, w poniedziałek, wtorek, środa, piątek w godz. od 7⁰⁰ do 15⁰⁰, w czwartek od godz. 7⁰⁰ do 17⁰⁰.</p>