

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji**  
**Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji**  
**i turystyki**

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

**I. DANE WNIOSKODAWCY**

<b>Nazwa pola</b>	<b>Wartość</b>
<b>Pełna nazwa Wnioskodawcy:</b>	
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Nr faksu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Strona internetowa:</b>	

## II. OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY

Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem funkcji jaką pełnią w organizacji, które zgodnie z postanowieniami statutu lub innego aktu wewnętrznego są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy.

Nazwa pola	Wartość
Osoba 1 – Imię i nazwisko:	
Osoba 1 – Funkcja:	
Osoba 2 – Imię i nazwisko:	
Osoba 2 – Funkcja:	

## III. INFORMACJE O REALIZACJI OBOWIĄZKU WPŁAT NA RZECZ PFRON

Nazwa pola	Wartość
Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON:	
W przypadku zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON podać podstawę prawną:	
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON:	
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku:	

## V. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Zakres terytorialny działania wnioskodawcy:	
Status prawny:	
Nr rejestru sądowego:	
Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	
REGON:	
NIP:	

**Nazwa banku:**

**Nr rachunku bankowego:**

### INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
<b>Czy statut Wnioskodawcy zawiera zapis o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy Wnioskodawca jest organizacją pożytku publicznego w rozumieniu ustawy z dnia 24.04.2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873 z późn. zm.):</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:</b>	
<b>Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:</b>	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Podstawa prawna:</b>	

### V. INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Wartość
<b>Czy Wnioskodawca prowadzi działalność rehabilitacyjną na rzecz osób niepełnosprawnych:</b> (dot. osób, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:</b>	
<b>Krótki opis działań zrealizowanych przez Wnioskodawcę na rzecz osób niepełnosprawnych w ciągu ostatnich 2 lat:</b>	
<b>Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością:</b>	

**Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje:**

## VI. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?

Nie

Tak

## VII. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
--	----------	---------------	----------------------	--------------------	------------------

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa zadania, cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:

Nazwa pola	Wartość
<b>Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie organizacji:</b>	<input type="checkbox"/> Sportu <input type="checkbox"/> Kultury <input type="checkbox"/> Rekreacji <input type="checkbox"/> Turystyki
<b>Liczba uczestników:</b>	
<b>W tym liczba opiekunów:</b>	
<b>Liczba osób niepełnosprawnych:</b>	
<b>Do lat 18:</b>	
<b>Powyżej 18 lat:</b>	

**Liczba mieszkańców wsi:**

### PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

Nazwa pola	Wartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji zadania:</b>	

### II. INFORMACJE DODATKOWE

Zakładane rezultaty zadania (należy opisać co zyskają osoby w wyniku realizacji zadania, w jakim stopniu realizacja zadania zmieni ich sytuację) oraz jak rezultaty te będą badane

### UDZIAŁ PARTNERÓW W REALIZACJI ZADANIA

Nazwa pola	Wartość
<b>Czy w realizacji zadania biorą udział Partnerzy:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Nazwa Partnera:</b>	
<b>Adres Partnera:</b>	
<b>Opis zakresu odpowiedzialności Partnera:</b>	

### III. BUDŻET ZADANIA

Nazwa pola	Wartość
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
Słownie:	
<b>Własne środki przeznaczone na realizację zadania:</b>	

#### Inne źródła finansowania ogółem

z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON

Nazwa pola	Wartość
<b>Publiczne:</b>	
<b>Niepubliczne:</b>	

## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. Podane informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym – przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
2. Znane mi są „Zasady dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych”, przyjęte przez Powiat,
3. W ramach realizacji zadania planowane jest / nie jest planowane \* pobieranie opłat od ostatecznych beneficjentów zadania,
4. Reprezentowany przeze mnie podmiot zobowiązuje się do uzyskania środków finansowych w wysokości wystarczającej na pokrycie pozostałych kosztów zadania (poza kosztami przewidzianymi do dofinansowania ze środków PFRON), w tym wkładu własnego, zaangażowanego do realizacji zadania,

5. Na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON / nie posiada\* wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
6. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadre do obsługi imprezy / zobowiązuję się \* do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi imprezy.
7. Oświadczam, że posiadam / zabezpieczę \*odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji imprezy.
8. Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie uchwały Zarządu Powiatu lub decyzji przyznającej środki Funduszu na podstawie niniejszego wniosku.

*Miejscowość*

*Data*

*Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy*

### **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

<b>Lp.</b>	<b>Plik</b>
1.	Aktualny wypis z rejestru sądowego /ważny 3 miesiące/
2.	Statut
3.	Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)
4.	Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach

### **UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

<b>Lp.</b>	<b>Plik</b>
------------	-------------

### **LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE**

**Lista**

## WYPEŁNIA PCPR

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów**

*Data*

*Podpis pracownika PCPR*

## Ocena formalna wniosku

pozytywna       negatywna

*Data*

*Podpis pracownika PCPR*

**Uzasadnienie (w przypadku negatywnej oceny formalnej)**



.....  
miejsowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

.....  
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

.....  
(adres wnioskodawcy)

**jest**  **nie jest**

pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej.

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

*Pieczęć wnioskodawcy*

*Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy*

Jeżeli wnioskodawca jest ZPCH dołącza do wniosku:

1. potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
2. informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku,
3. informację o pomocy publicznej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

.....  
miejsowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

.....  
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

.....  
(adres wnioskodawcy)

**jest**       **nie jest**

przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 19 listopada 1999 r. – Prawo o działalności gospodarczej (Dz. U. nr 101, poz. 1178 z późn. zm.).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

*Pieczęć wnioskodawcy*

*Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy*

Jeżeli wnioskodawca jest przedsiębiorcą należy dołączyć do wniosku informację o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami ustawy o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

.....  
miejsowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

.....  
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

.....  
(adres wnioskodawcy)

**jest**     **nie jest**

Płatnikiem podatku VAT w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. - o podatku od towarów i usług (Dz. U. nr 54, poz. 535 z późn. zm.).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

*Pieczęć wnioskodawcy*

*Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy*

.....  
miejscowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

.....  
(data)

.....  
(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz wobec Urzędu skarbowego.

*Pieczęć wnioskodawcy*

*Data, pieczętki imienne i podpisy osób upoważnionych  
do reprezentacji wnioskodawcy*

.....  
miejsowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

.....  
(data)

.....  
(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

**Posiada następujący rachunek bankowy/rachunki bankowe:**

<b>Nazwa pola</b>	<b>Wartość</b>
<b>1. Nazwa banku</b>	
Nr rachunku bankowego	
Informacja o ewentualnych obciążeniach	
<b>2. Nazwa banku</b>	
Nr rachunku bankowego	
Informacja o ewentualnych obciążeniach	
<i>Pieczęć wnioskodawcy</i>	<i>Data, pieczętki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy</i>

**Kosztorys rzeczowo-finansowy obejmujący rodzaje kosztów związanych z realizacją przedsięwzięcia**

Lp. Zakres rzeczowy wg rodzajów kosztów	Całkowita wartość rodzajów kosztów	Zakres finansowy	
		Udział własny	Kwota dofinansowana ze środków PFRON

Razem:

Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:

*Data i pieczęć wnioskodawcy*

## Harmonogram realizacji zadania

*Data i pieczęć wnioskodawcy*