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

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:	☐ Nie ☐ Tak
W przypadku zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON podać podstawę prawną:	
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON:	☐ Nie ☐ Tak
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:	☐ lokalny ☐ ogólnopolski
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**
Czy statut Wnioskodawcy zawiera zapis o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych:	☐ Nie ☐ Tak
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.):	☐ Nie ☐ Tak
Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:	☐ Nie ☐ Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	☐ Nie dotyczy ☐ Nie ☐ Tak
Podstawa prawna:	

V. INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH	
Nazwa pola	**Wartość**
Czy Wnioskodawca prowadzi działalność rehabilitacyjną na rzecz osób niepełnosprawnych: (dot. osób, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)	☐ Nie ☐ Tak
Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:	
Krótki opis działań zrealizowanych przez Wnioskodawcę na rzecz osób niepełnosprawnych w ciągu ostatnich 2 lat:	
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością:	

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 dofinan-sowania**	**Termin rozliczenia**	**Kwota rozliczona**
		Razem:			

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
Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie organizacji:	☐ Sportu ☐ Kultury ☐ Rekreacji ☐ Turystyki
Liczba uczestników:	
W tym liczba opiekunów:	
Liczba osób niepełnosprawnych:	
Do lat 18:	
Powyżej 18 lat:	
Liczba mieszkańców wsi:	

PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	

Kod pocztowy:	
Poczta:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji zadania:	

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
Czy w realizacji zadania biorą udział Partnerzy:	☐ Nie ☐ Tak
Nazwa Partnera:	
Adres Partnera:	
Opis zakresu odpowiedzialności Partnera:	

III. BUDŻET ZADANIA

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

Inne źródła finansowania ogółem

z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON

Nazwa pola	Wartość
Publiczne:	
Niepubliczne:	

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 kadrę 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*

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)

…….
miejscowość 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.

…….
miejscowość 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.

…….....
miejscowość 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, pieczątki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy*

…….
miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

.....
(data)

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

Posiada następujący rachunek bankowy/rachunki bankowe:

Nazwa pola	Wartość
1. Nazwa banku	
Nr rachunku bankowego	
Informacja o ewentualnych obciążeniach	
2. Nazwa banku	
Nr rachunku bankowego	
Informacja o ewentualnych obciążeniach	

Pieczęć wnioskodawcy	*Data, pieczątki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy*

Załącznik nr 2 do Części B wniosku

Kosztorys rzeczowo-finansowy obejmujący rodzaje kosztów związanych z realizacją przedsięwzięcia

Lp.	Zakres rzeczowy wg rodzajów kosztów	Zakres finansowy		
		Całkowita wartość rodzajów kosztów	Udział własny	Kwota dofinan-sowania ze środków PFRON
Razem:				
Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:				

Data i pieczęć wnioskodawcy

Załącznik nr 1 do Części B wniosku

Harmonogram realizacji zadania

Data i pieczęć wnioskodawcy