**Data wpływu:**

**Nr sprawy:**

**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:

|  |
| --- |
| **PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |

# 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:** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **III. BUDŻE** | **T ZADANIA** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania:** |  |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:** |  |
| Słownie: |  |
| **Własne środki przeznaczone na realizację zadania:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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:** |  |
| **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,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

1. W ramach realizacji zadania  planowane jest /  nie jest planowane pobieranie opłat od ostatecznych beneficjentów zadania,
2. 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,
3. Na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot  posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON /  nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
4. Oświadczam, że  zatrudniam fachową kadrę do obsługi imprezy /  zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi imprezy.
5. Oświadczam, że  posiadam /  zabezpieczę odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji imprezy.
6. Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie uchwały Zarządu Powiatu lub decyzji przyznającej środki Funduszu na podstawie niniejszego wniosku.

# 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)**

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.

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.

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* |
|  |  |

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* |
|  |  |

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* |
|  |