

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:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
W przypadku zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON podać podstawę prawną:	
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> lokalny <input type="checkbox"/> 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
<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

<b>Cel dofinansowania</b> (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	<b>Nr umowy</b>	<b>Data zawarcia</b>	<b>Kwota dofinansowania</b>	<b>Termin rozliczenia</b>	<b>Kwota rozliczona</b>
		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
<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>	
<b>Liczba mieszkańców wsi:</b>	
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>	
<b>Słownie:</b>	
<b>Własne środki przeznaczone na realizację zadania:</b>	

### 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**

<i>Data</i>	<i>Podpis pracownika PCPR</i>

**Ocena formalna wniosku** pozytywna  negatywna

<i>Data</i>	<i>Podpis pracownika PCPR</i>

**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.

<i>Pieczęć wnioskodawcy</i>	<i>Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy</i>

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.

<i>Pieczęć wnioskodawcy</i>	<i>Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy</i>

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.

<i>Pieczęć wnioskodawcy</i>	<i>Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy</i>

.....  
miejsowość 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.

<i>Pieczęć wnioskodawcy</i>	<i>Data, pieczętki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy</i>

.....  
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>



## Harmonogram realizacji zadania

*Data i pieczęć wnioskodawcy*