

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:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Strona internetowa:	

ADRES SIEDZIBY

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

Taki sam jak adres siedziby

ADRES KORESPONDENCYJNY

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

OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Nazwisko:	
Pesel:	
Nr telefonu:	
Poczta:	

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

Imię i nazwisko	Funkcja

II. INFORMACJE DODATKOWE

Nazwa pola	Wartość
Status prawny:	

Nr rejestru sądowego:	
Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	
REGON:	
NIP:	
Podstawa działania:	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	
INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Wartość
Czy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych:	
Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:	
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	
Podstawa prawna:	
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:	
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc inną niż de minimis (w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis)?:	
Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:	
Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:	

INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Wartość
Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:	
Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje:	
Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:	

III. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?

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	Stan rozliczenia	Kwota rozliczona

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa zadania:

Nazwa pola	Wartość
------------	---------

Cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:	
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
Planowane miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji zadania:	
Termin zakończenia:	

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

Nazwa pola	Wartość
Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:	

II. BUDŻET I HARMONOGRAM 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:	
Harmonogram	

III. Kosztorys rzeczowo-finansowy obejmujący rodzaje kosztów związanych z realizacją przedsięwzięcia

Lp.	Zakres rzeczowy wg rodzajów kosztów	Zakres finansowy		
		Całkowita wartość rodzajów kosztów	Pozostałe źródła finansowania (w tym udział własny)	Kwota dofinansowania ze środków PFRON
Razem:				

Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:

}

Data i pieczęć wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE**Lista**

- 1) kosztorys zadania sporządzony wg wzoru (załącznik nr 1 do wniosku);
- 2) dokumenty potwierdzające działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej dwóch lat przed dniem złożenia wniosku;
- 3) dokumenty potwierdzające o zapewnieniu odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania;
- 4) dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu;
- 5) statut organizacji, jednostki - potwierdzony za zgodność z oryginałem;
- 6) wypis z Krajowego Rejestru Sądowego (nie starszy niż 3 miesiące) lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej a w przypadku Jednostek Samorządu Terytorialnego uchwały o utworzeniu;
- 7) pełnomocnictwa w przypadku, gdy wniosek jest podpisany przez osoby upoważnione do reprezentowania;
- 8) Jeżeli wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 02.07.04r., o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U.z 2013r., poz. 672 ze zm):
 - a. Oświadczenie przedsiębiorcy, że nie jest w trudnej sytuacji ekonomicznej wg kryteriów UE dotyczących pomocy.
 - b. zaświadczenia o pomocy de minimis, otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie;
 - c. informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaka otrzyma w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis
- 9) jeżeli wnioskodawca jest zakładem pracy chronionej:
 - a. Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej;
 - b. Informacja o kwocie naliczenia oraz sposobie wykorzystania zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przez datą złożenia wniosku.

PODPISANY WNIOSEK**Plik**

1. *Oświadczenia dotyczące wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych sportu, kultury, rekreacji i turystyki*

- **Oświadczam, iż** posiadamy/nie posiadamy* zaległości wobec Funduszu i byliśmy/nie byliśmy* w ciągu ostatnich 3 lat stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po naszej stronie.
- **Oświadczam, że** w roku przyszłym będziemy/nie będziemy* występować o środki finansowe na realizację zadania do jednostek sektora finansów publicznych oraz w terminie 7 dni od ogłoszenia wyników złożę informację na piśmie o wysokości uzyskanego dofinansowania.
- **Wyrażam zgodę na** przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla celów realizacji programu dofinansowania.
- **Uprzedzony o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.**

.....
(data i podpis)

Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych

Kosztorys zadania pn:

Lp.	Rodzaj wydatku	Ogółem kwota	Sposób wyliczenia (np. liczba osób x cena jednostkowa)	Środki własne w tym pozyskane z innych źródeł	Nazwa innego źródła finansowania	Wnioskowane środki PFRON
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
RAZEM						

Data Sporządzenia:

Sporządził:

Zatwierdził

