

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
SPORTU, KULTURY, REKREACJI I TURYSTYKI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
W JAŚLE**

Część A: Dane i informacje o wnioskodawcy

1. Nazwa i adres siedziby wnioskodawcy:

Pełna nazwa:
Adres siedziby:
Nr telefonu: Nr faxu:

2. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy:

1. Imię Nazwisko

Adres zamieszkania

Seria i numer dowodu osobistegowydany przez

NIP (numer identyfikacji podatkowej).....

podpis:
(pieczęć imienna)

2. Imię Nazwisko

Adres zamieszkania

Seria i numer dowodu osobistegowydany przez

NIP (numer identyfikacji podatkowej).....

podpis:
(pieczęć imienna)

3. Informacja o stanie prawnym – finansowym Wnioskodawcy:

Status prawny:	Podstawa działania:
NIP:	REGON:
Nazwa banku:	Nr rachunku bankowego:

4. Dodatkowe informacje o Wnioskodawcy:

Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy Wnioskodawca jest przedsiębiorcą:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

5. Informacja o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
		Podstawa zwolnienia:
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	Kwota zaległości:	
Czy Wnioskodawca w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy zawartej z Funduszem rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

6. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie ze środków PFRON w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku:				
NIE <input type="checkbox"/>				
TAK <input type="checkbox"/>				
Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznanego dofinansowania	Cel	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia
Razem:		Razem kwota rozliczona:		

7. Informacja o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych:

<p>Wnioskodawca oświadcza, że prowadzi oddziałalność na rzecz (dzień, miesiąc rok) osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji</p> <p><input type="checkbox"/> zawodowej <input type="checkbox"/> leczniczej <input type="checkbox"/> społecznej</p> <p>Ilość osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)</p>
--

Część B: Informacje o przedmiocie wniosku**1. Cel dofinansowania**

Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie działalności:

- sportowej kulturalnej
- rekreacyjnej turystycznej

2. Zbiorcze zestawienie planowanych do organizacji przedsięwzięć:

Nr zadania	Nazwa zadania	Cel *	Miejsce	Termin	Przewidywany całkowity koszt zadania	Wysokość wnioskowanego dofinansowania
Razem						

** celem przedsięwzięcia może być sport, kultura, turystyka lub rekreacja osób niepełnosprawnych*

- 3. Informację dotyczącą planowanych do realizacji zadań ujętych w zbiorczym zestawieniu (pkt 2) należy sporządzić oddzielnie dla każdego zadania zgodnie z wzorem „Szczegółowa informacja dotycząca planowanego do realizacji zadania nr ...”.**

4. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak /nie / nie dotyczy	Data uzupełnienia (wypełnia PCPR)
1.	Aktualny wypis z rejestru sądowego (ważny 3 miesiące) lub inny dokument stanowiący podstawę działania		
2.	Statut (regulamin)		
3.	Zaświadczenie o posiadaniu konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach		
4.	Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)		
5.	Oświadczenie czy Wnioskodawca jest płatnikiem podatku VAT		
6.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781)		
7.	Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie 3 kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców (dot. przedsiębiorcy i zakłady pracy chronionej)		
8.	Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej (dot. zakłady pracy chronionej)		
9.	Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych za okres 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku (dot. zakłady pracy chronionej)		
10.	Imienny wykaz osób niepełnosprawnych objętych wnioskiem z podaniem miejsca zamieszkania i stopnia niepełnosprawności		
11.	Inne		
12.	Szczegółowe informacje o planowanych do realizacji zadaniach w liczbie (załącznik nr 1 do wniosku)		

POUCZENIE:

1. Wniosek należy wypełnić czytelnie ewentualnie wpisać nie dotyczy.
2. W przypadku gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „w załączeniu - załącznik nr ...” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników rubryki formularza, których dotyczą.

Uprowadzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny (Dz. U. z 2019 r. poz. 1950) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Pieczenie i podpisy osób upoważnionych

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów
wymienionych w części A i B wniosku (pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR)

Szczegółowa informacja dotycząca planowanego do realizacji zadania nr

1. Nazwa zadania
2. Miejsce realizacji zadania
3. Liczba osób niepełnosprawnych uczestniczących w zadaniu
4. Liczba niezbędnych opiekunów
5. Uzasadnienie konieczności uczestniczenia opiekunów:
.....
.....
.....
6. Program i opis zadania
-
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
7. Przewidywany efekt realizacji zadania:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
8. Czy wnioskodawca do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek poniósł nakłady na realizację zadania dla osób niepełnosprawnych:

NIE <input type="checkbox"/>	
TAK <input type="checkbox"/>	
Źródło finansowania	Wartość nakładów
Razem:	

9. Szczegółowy kosztorys planowanego przedsięwzięcia

Lp.	Nazwa wydatku	Ilość <i>(np. liczba km, liczba osób, liczba osób x liczba noclegów, liczba osób x liczba obiadów)</i>	Koszt jednostkowy brutto	Wartość brutto	Kwota dofinanso- wania wniosko- wana ze środków PFRON
Razem					

Dodatkowe informacje, wyjaśnienia

.....
.....
.....

10. Dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł (podać jakich) na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON:

.....
.....
.....
.....

11. Dokumenty potwierdzające zapewnienie odpowiednich do potrzeb warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania:

.....
.....
.....
.....

.....
(podpisy osób upoważnionych)