

**W N I O S E K**  
**o dofinansowanie ze środków**  
**Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**  
**sportu, kultury, turystyki i rekreacji**

**CZĘŚĆ A: INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**

**1. Nazwa i adres Wnioskodawcy:**

Pełna nazwa			
Kod	Miejscowość	Ulica	Nr
Nr telefonu	Nr fax	Adres e-mail	

**2. Dane osoby/osób uprawnionej/-ych do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy zgodnie z KRS lub pełnomocnictwem potwierdzonym stosownym dokumentem:**

Lp.	Nazwisko	Imię	Pełniona funkcja
1.			
2.			

**3. Dane osoby/osób uprawnionej/-ych do prowadzenia sprawy:**

Lp.	Nazwisko	Imię	Pełniona funkcja	Telefon kontaktowy
1.				
2.				

**4. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:**

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy: .....	Status prawny: .....
Organ założycielski: .....	Numer NIP: .....
REGON: .....	Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności: .....
Data wpisu do rejestru sądowego lub do ewidencji: .....	Nazwa banku: .....
Nr konta bankowego: .....	Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT* tak / nie
Czy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej* tak / nie	Czy Wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2013 poz. 672, z późn. zm.)* tak / nie

Czy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych (dot. osób, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)\*:

tak / nie

Zakres rehabilitacji prowadzonej dla osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności:	Społeczna* tak / nie	Zawodowa* tak / nie	Lecznicza* tak / nie	Inna* tak / nie (wymienić).....
--	-------------------------	------------------------	-------------------------	---------------------------------------

Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy (wymienić):	
---	--

Ogólna charakterystyka działalności Wnioskodawcy: - cel, zakres działania, - liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, - wymiar/znaczenie prowadzonej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje	
--	--

\* właściwe zaznaczyć

**6. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON – za rok poprzedzający i bieżący:**

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON*		Tak		Nie
Numer i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
Razem kwota:		Razem kwota rozliczona:		

\* właściwe zaznaczyć

**7. Informacja o realizacji przez Wnioskodawcę zobowiązań wobec PFRON**

Czy Wnioskodawca ma zaległości wobec PFRON* tak / nie	Jeżeli tak to należy opisać należność oraz kwotę ..... ..... zł
Czy Wnioskodawca był w ciągu trzech lat przed złożeniem Wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązywanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy*	
tak / nie	

\* właściwe zaznaczyć

## CZĘŚĆ B: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

Przedmiot dofinansowania, przeznaczenie dofinansowania (kalkulacja kosztów):

Przedmiot dofinansowania (nazwa zadania): ..... .....	
Przeznaczenie dofinansowania (wymienić): ..... ..... .....	
1. Przewidywalny koszt realizacji zadania	.....zł
2. Deklarowane środki własne	.....zł
3. Inne źródła finansowania ogółem:	.....zł
z tego a) .....	z tego:.....zł
b).....	.....zł
c).....	.....zł
4. <b>Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON</b> (nie więcej niż 60 % przewidywalnego kosztu ogólnego przedsięwzięcia)	.....zł

### Miejsce i termin realizacji zadania:

Miejsce realizacji zadania:	Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia:	Przewidywalny czas realizacji przedsięwzięcia
.....	.....	.....

Liczba uczestników: (ogółem) .....

w tym osób niepełnosprawnych:.....

Do 18 roku życia:.....

**Cel dofinansowania:**

**Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku:**

**Przewidywane efekty:**

Czy Wnioskodawca poniósł nakłady na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek (właściwie zaznaczyć):

tak / nie

Jeżeli **tak**, to proszę podać:

- ogólną wartość nakładów: .....zł

- dotychczasowe źródła finansowania: .....

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części **A** oraz odpowiedniej części **B** ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”. 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 do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

**UWAGA**

1. Wnioski o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych o dofinansowanie sportu, kultury, turystyki i rekreacji należy składać w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie:
  - a) w terminie do dnia 30 listopada roku poprzedzającego realizację zadania;
  - b) właściwym dla miejsca zamieszkania osób niepełnosprawnych objętych wnioskiem o dofinansowanie.
2. Dofinansowanie ze środków PFRON nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
3. Wnioski o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych o sportu, kultury, turystyki i rekreacji zostaną rozpatrzone po otrzymaniu planu finansowego na dany rok.
4. Wnioskodawca zobowiązany jest poinformować pisemnie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.

1. **Oświadczam, iż Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej dwóch lat przed dniem złożenia wniosku.**
2. **Oświadczam, iż warunki techniczne i lokalowe związane z realizacją zdania określonego we wniosku są dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych.**
3. **Świadoma/-y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1 i §2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. kodeks karny (Dz.U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)\* oświadczam, że dane umieszczone we wniosku są zgodne z prawdą.**
4. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) - dla potrzeb rozpatrywania wniosku o dofinansowania ze środków PFRON sportu, kultury, turystyki rekreacji.**

Miejscowość....., dnia.....

..... Pieczętką nagłówkowa Wnioskodawcy	..... Pieczętką imienna i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy	..... Pieczętką imienna i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy
--	--	--

\* Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. *kodeks karny*:

§ 1. „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”

§ 2. „Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.”

**Dokumenty wymagane do wniosku**  
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji  
Osób Niepełnosprawnych sportu, kultury, turystyki i rekreacji

Należy przedłożyć oryginał wymaganych dokumentów (do wglądu) lub prawidłowo uwierzytelnioną przez organ uprawniony kopię.

Lp.	Nazwa dokumentu	Wypełnia pracownik PCPR	
		Załączono do wniosku	Uzupełniono
1.	Aktualny wpis z Krajowego Rejestru Sądowego (ważny 3 miesiące)	tak / nie	tak / nie
2.	Statut	tak / nie	tak / nie
3.	Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)	tak / nie	tak / nie
4.	Udokumentowanie posiadanie konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach	tak / nie	tak / nie
5.	Udokumentowane posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu	tak / nie	tak / nie
6.	Udokumentowane zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania	tak / nie	tak / nie
7.	Udokumentowana działalność prowadzona na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku	tak / nie	tak / nie
8.	Program merytoryczny zadania – załącznik nr 1 do wniosku	tak / nie	tak / nie
9.	Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania – załącznik nr 2 do wniosku	tak / nie	tak / nie

**Jeżeli Wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2013 poz. 672, z późn. zm.) do wniosku należy dołączyć:**

Lp.	Nazwa dokumentu:	Wypełnia pracownik PCPR	
		Załączono do wniosku	Uzupełniono
1.	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	tak / nie	tak / nie
2.	Informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis	tak / nie	tak / nie

**Jeżeli Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej do wniosku należy dołączyć:**

Lp.	Nazwa dokumentu:	Wypełnia pracownik PCPR	
		Załączono do wniosku	Uzupełniono
1.	Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej	tak / nie	tak / nie
2.	Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku	tak / nie	tak / nie
3.	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	tak / nie	tak / nie
4.	Informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis	tak / nie	tak / nie

.....  
(data, pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR)

## PROGRAM MERYTORYCZNY ZADANIA

.....  
(nazwa zadania)  
.....

Lp.	Program merytoryczny zadania

Miejscowość....., dnia.....

..... Pieczętką nagłówkowa Wnioskodawcy	..... Pieczętką imienną i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy	..... Pieczętką imienną i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy
--	--	--

## KOSZTORYS WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ ZADANIA

.....  
(nazwa zadania)

Lp.	Rodzaj kosztów	Koszt całkowity w zł
<b>Razem</b>		

Miejscowość....., dnia.....

..... Pieczętką nagłówkowa Wnioskodawcy	..... Pieczętką imienną i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy	..... Pieczętką imienną i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy
--	--	--