

WNIOSEK**O dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych sportu, kultury i turystyki osób niepełnosprawnych**

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „ w załączeniu nr...” jednocześnie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Nazwa i adres Wnioskodawcy : (proszę wypełnić drukowanymi literami)

Pełna nazwa:			
mięscowość	Kod pocztowy	ulica	Nr
Nr Tel./ /	Nr faksu:		

Osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych:

Pieczętka imienna:

Pieczętka imienna:

Informacje o zatrudnieniu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych:

Wnioskodawca zatrudnia ogółem (w przeliczeniu na etaty) etatów	
Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne (w przeliczeniu na etaty) etatów	
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych%	
Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:		
zawodowej	lecniczej	społecznej
Liczba osób niepełnosprawnych objęta działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)		Do 18 lat:
		Powyżej 18 lat:
		Razem:

Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:

Czy wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON		
Proszę podać Podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON		
Kwota zaległości		

Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:

Zakres terytorialny działalności Wnioskodawcy:		
Statut prawny	REGON	
Rejestru sądowego	Data wpisu do rejestru sądowego	
Organ założycielski	Nazwa banku	
Nr identyfikacyjny NIP	Nr konta bankowego	
Czy wnioskodawca jest płatnikiem VAT	Tak	Nie
Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy		
Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy		
Cel działania		
Teren działania		
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje		

Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON			TAK	NIE
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Dysponent środków PFRON
1.				
2.				
3.				
4.				
Przeznaczenie przyznanych środków:				
1.				
2.				
3.				
Syntetyczny opis efektów przyznanego i wykorzystanego dofinansowania				

Informacja o przedmiocie wniosku:

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania/nazwa imprezy/zakup sprzętu
Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia:
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu:
Kwota słownie:
Stanowi.....% ogólnych kosztów przedsięwzięcia

Udokumentowana informacja o wysokości środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia (bez środków PFRON):

1. Deklarowani środki własne:

2. Inne źródła finansowania ogółem:..... z tego :

.....zł; źródło

.....zł; źródło

.....zł; źródło

.....zł; źródło

Ogólna wartość nakładów dotychczas przeniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania, do końca miesiąca poprzedzającego miesiąca, w którym jest składany wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:zł

Źródło

Finansowania.....

.....

.....

nie dotyczy

.....

.....

.....

Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie:

Imprezy integracyjnej	Zakup sprzętu sportowego
Sportowej __ Kulturalnej __	
Turystycznej __ Rekreacyjnej __	

Termin i miejsce realizacji imprezy:

Dzień rozpoczęcia:		Dzień zakończenia:		
Miejscowość:	Kod pocztowy:	Ulica	Powiat:	Województwo:
Liczba uczestników:				
W tym niepełnosprawnych:		Do lat 18:	Powyżej lat 18:	
Razem osób niepełnosprawnych:		Co stanowi % ogólnej liczby uczestników		

Opis imprezy: / termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania, uczestnicy, miejsce realizacji zadania, cel zadania oraz inne istotne informacje uzasadniające przyznanie dofinansowania

Przewidywany efekt realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych :

Warunki techniczne i lokalowe/opis/:

--

„ Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę, podlega karze pozbawienia wolności do 3 lat (art. 233 § 1 k.k- Ustawa z dn. 6 czerwca 1997- Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn.zm.)”

Upředzona/y o odpowiedzialności za podawanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym oraz, że warunki wcześniej zawartych umów uprawniających do korzystania ze środków PFRON zostały otrzymane. Oświadczam również, że:

- 1. Zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania/ zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania.***
- 2. Posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne od realizacji zadania. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Zgodnie z art. 23 ust. 1 i 3 ustawy o ochronie danych osobowych zawartych we wniosku a w przypadku jego pozytywnego rozpatrzenia, również w dokumentach przedłożonych w celu rozliczenia umowy i uzyskania dofinansowania.

.....

Wnioskodawcy/

*niepotrzebne skreślić

/Data i podpis osób uprawnionych do reprezentacji/

Załączniki wymagane do wniosku: /wypełnia PCPR/

1.	Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania- program merytoryczny i imprezy
2.	Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON
3.	Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania
4.	Lista niepełnosprawnych uczestników imprezy z wyszczególnieniem stopnia niepełnosprawności(nie dotyczy imprez masowych)
5.	Aktualny wypis z rejestru sądowego/ ważny 3 miesiące/
6.	Statut
7.	Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)
8.	Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach
9.	Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych dłużej niż dwa lata

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części A wniosku.

Preliminarz sprzętu

Lp.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena Jednostkowa	Wartość ogółem	Do weryfikacji / wypełnia PCPR/
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
Razem:					

.....
/Pieczęć i podpis wnioskodawcy/

