

Data przyjęcia:

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
w Sulęcinie
ul. Daszyńskiego 49, 69-200 Sulęcín,
tel./fax 957550753

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

Nr sprawy:

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

podpis:
(pieczętka imienna)

2. Imię Nazwisko
Adres zamieszkania
Seria i numer dowodu osobistegowydany przez

podpis:
(pieczętka 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 ma zaległości wobec Funduszu, czy 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 o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązywanej 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:

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

Część B: Przedmiot dofinansowania

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 dofinansowania*	Miejsce realizacji zadania	Termin	Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON
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 ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do wniosku „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.	Dokument potwierdzający posiadanie rachunku 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 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 1182.)		
7.	Zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w roku bieżącym oraz dwóch poprzedzających go latach kalendarzowych lub oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie (dot. podmiotu prowadzącego działalność, pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej)		
8.	Informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką Wnioskodawca otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis (dot. podmiotu prowadzącego działalność, pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej)		
9.	Oświadczenie, iż Wnioskodawca nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, wg kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dot. udzielania pomocy (dot. podmiotu prowadzącego działalność, pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej)		
10.	Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej (dot. pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej)		
11.	Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku (dot. pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej)		
12.	Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.		
13.	Szczegółowe informacje o planowanych do realizacji zadaniach w liczbie (załącznik nr 1 do wniosku)		
14.	Dokumenty potwierdzające zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadań.		
15.	Dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie planowanych do realizacji przedsięwzięć w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON		
16.	Inne.....		

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.

Upředzony o odpowiedzialności karnej z 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 zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

.....

Pieczęcie 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. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

7. Program i opis zadania

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Przewidywany efekt realizacji zadania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Czy wnioskodawca do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek poniósł nakłady na realizację planowanego zadania dla osób niepełnosprawnych:

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

10. Szczegółowy kosztorys planowanego zadania:

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	Wnioskowana kwota dofinanso- wania ze środków PFRON (do 60% kosztów przedsięwzięcia)
Razem					

Dodatkowe informacje, wyjaśnienia

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

(podpisy osób upoważnionych)