



(pieczęć wnioskodawcy)

Nr wniosku:.....

Data wpływu:.....

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
sportu, kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych

Część A: Dane o wnioskodawcy

1. Nazwa i adres siedziby wnioskodawcy

Pełna nazwa:.....				
		-		
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr posesji	Gmina
Powiat	Województwo	Nr telefonu	Nr fax	e-mail

2. Dane osoby uprawnionej do reprezentacji wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

Imię i nazwisko	Funkcja
Nr telefonu	e-mail

3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON

Czy wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
W przypadku zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON podać podstawę prawną		
Czy wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku zł	

4. Informacje o wnioskodawcy

Status prawny	Nr rejestru sądowego	
REGON	Data wpisu do rejestru sądowego	
Organ założycielski	Nr identyfikacji podatkowej NIP	
Nazwa banku	Nr rachunku bankowego	
Czy wnioskodawca jest płatnikiem podatku VAT	Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony	Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Czy wnioskodawca jest organizacją pożytku publicznego w rozumieniu ustawy z dnia 24.04.2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873 z późn. zm.)	Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Źródła finansowania działalności wnioskodawcy:.....		

5. Informacje o prowadzonej przez wnioskodawcę działalności na rzecz osób niepełnosprawnych

Czy wnioskodawca prowadzi działalność rehabilitacyjną 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: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Od kiedy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych		
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością		
Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje		
Opis działań zrealizowanych przez wnioskodawcę na rzecz osób niepełnosprawnych w ciągu ostatnich 2 lat.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

6. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (z ostatnich 3 lat)			Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Cel	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

Załączniki wymagane do Części A wniosku

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku* (wypełnia urząd)	Data uzupełnienia
1	Aktualny odpis z Rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej	Tak/Nie	
2	Statut	Tak/Nie	
3	Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych co najmniej 2 lata	Tak/Nie	
4	Sposób reprezentacji (z mocy ustawy, wpis w rejestrze sądowym, pełnomocnictwo)	Tak/Nie	
5	Udokumentowanie posiadania rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach	Tak/Nie	
6	Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców – dotyczy przedsiębiorców i pracodawców prowadzących Zakład Pracy Chronionej	Tak/Nie	
7	Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej – dotyczy pracodawców prowadzących Zakład Pracy Chronionej	Tak/Nie	
8	Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku – dotyczy pracodawców prowadzących Zakład Pracy Chronionej	Tak/Nie	
9	Inne dokumenty a)..... b)..... c).....	Tak/Nie	

Część B: Informacje o przedmiocie wniosku

1. Opis zadania

Nazwa zadania, cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie

Imprezy integracyjnej <input type="checkbox"/>		Zakupu sprzętu sportowego <input type="checkbox"/>	
		Rodzaj sprzętu	
sportowej	kulturalnej		
turystycznej	rekreacyjnej		

Liczba uczestników (w tym niezbędnych opiekunów):

w tym osób niepełnosprawnych :	do lat 18:	powyżej lat 18:
razem osób niepełnosprawnych:	co stanowi % ogólnej liczby uczestników	

2. Miejsce realizacji zadania

Pełna nazwa:

.....

Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr posesji	Gmina
Powiat	Województwo	Nr telefonu	Nr fax.	e-mail

3. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....
.....

4. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych

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

5. Informacje o zabezpieczeniu warunków lokalowych, technicznych i kadrowych niezbędnych do realizacji zadania

Posiadane zasoby kadrowe wskazujące na możliwości realizacji zadania (doświadczenie i kwalifikacje osób zaangażowanych do realizacji zadania)

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

Posiadane zasoby lokalowe, rzeczowe i techniczne wskazujące na możliwość realizacji zadania (zaplecze techniczne jakie zostanie zaangażowane do realizacji zadania)

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

Doświadczenie Wnioskodawcy przy realizacji zadań o podobnej tematyce (opis zadań realizowanych w okresie ostatnich trzech lat)

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

6. Wartość kosztorysowa przedsięwzięcia

Przewidywany łączny koszt realizacji przedsięwzięcia	zł
Własne środki przeznaczone na realizację przedsięwzięcia	zł
Inne źródła finansowania ogółem, w tym – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON	
a) publiczne	zł
b) niepubliczne	zł
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:	
(słownie złotych.....)	
UWAGA !	
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON nie może być większa niż 60% planowanego łącznego kosztu realizacji przedsięwzięcia	

Załączniki wymagane do Części B wniosku

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku (wypełnia PCPR)	Data uzupełnienia
1	Nazwa, miejsce, szczegółowy przebieg imprezy – program merytoryczny imprezy	Tak/Nie	
2	Dokument potwierdzający posiadanie środków własnych w wysokości nieobjętej dofinansowaniem : oświadczenie w tej sprawie lub kserokopia wyciągu bankowego, potwierdzona za zgodność z oryginałem	Tak/Nie	
3	Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania	Tak/Nie	
4	Lista osób uczestniczących w imprezie wraz podaniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności, organu wydającego orzeczenia, nr PESEL	Tak/Nie	
5	Inne dokumenty a) b) c)	Tak/Nie	

Oświadczam, że

- a) dane w części A i B wniosku są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym, jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- b) reprezentowany przeze mnie podmiot zobowiązuje się do pokrycia udziału własnego w kosztach realizacji zadania,
- c) posiadam*/zabezpieczę odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania,
- d) zatrudniam fachową kadrę do obsługi imprezy*/zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi imprezy,
- e) reprezentowany przeze mnie podmiot na dzień sporządzenia wniosku posiada*/nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON,
- f) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb realizacji przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Inowrocławiu zadań ustawowych, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 883 z późn. zm.).

*niepotrzebne skreślić

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować w ciągu 14 dni.

C. Decyzja o przyznaniu bądź odmowie dofinansowania (wypełnia PCPR)

Opinia Zespołu rozpatrującego wniosek

pozytywna

negatywna

Uzasadnienie w przypadku
negatywnego rozpatrzenia
wniosku

PODPISY CZŁONKÓW ZESPOŁU

1.
2.
3.

Przyznana kwota dofinansowania
(słownie złotych.....)

PODPIS DYREKTORA

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest
(adres wnioskodawcy)

.....
jest / nie jest* pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej.

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

Jeżeli wnioskodawca jest ZPCH dołącza do wniosku:

1. potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
2. informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku,
3. informację o pomocy publicznej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

* niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest
(adres wnioskodawcy)

.....
jest / nie jest* podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2007 r. Nr 155 z późn. zm.).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

Jeżeli wnioskodawca jest przedsiębiorcą do wniosku należy dołączyć:

1. zaświadczenie o *pomocy de minimis* otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z *pomocy de minimis* w tym okresie,
2. informacje o każdej pomocy innej niż *de minima*, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjne, z którym jest związana *pomoc de minimis*,
3. oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, wg kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy.

* niepotrzebne skreślić

Kosztorys rzeczowo-finansowy obejmujący rodzaje kosztów związanych z realizacją przedsięwzięcia

Lp.	Zakres rzeczowy wg rodzajów kosztów	Zakres finansowy			Do weryfikacji /wypełnia PCPR/
		Całkowita wartość rodzajów kosztów	Udział własny	Kwota dofinansowania ze środków PFRON	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
Razem:					
Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:					
			%	%	
.....				
podpis i pieczęć wnioskodawcy					podpis pracownika PCPR



(pieczęć wnioskodawcy)

**SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE Z REALIZACJI ZADANIA Z ZAKRESU
SPORTU, KULTURY, REKREACJI I TURYSTYKI
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

.....
(nazwa wykonywanego zadania)

realizowanego w okresie od do określonego umową
nr.....o dofinansowanie ze środków PFRON organizacji sportu, kultury,
turystyki i rekreacji osób niepełnosprawnych, zawartą w dniu.....

Część A. Informacje ogólne

1. W jakim stopniu planowane cele zostały zrealizowane

.....

2. Opis zrealizowanego zadania (Opis musi zawierać szczegółową informację o zrealizowanych działaniach zgodnie z umową. W opisie konieczne jest uwzględnienie wszystkich planowanych działań)

.....

3. Informacje dodatkowe – liczba uczestników niepełnosprawnych wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności (nie dotyczy imprez masowych)

4. Rezultaty realizacji zadania

5. Liczba osób niepełnosprawnych objętych pomocą w okresie sprawozdawczym z uwzględnieniem podziału:

Mężczyźni	Kobiety
Dzieci	Mieszkańcy wsi

Część B. Sprawozdanie z wykonania wydatków.

1. Informacja o wydatkach poniesionych przy realizacji zadania

Całkowity koszt zadania (w zł), w tym:

- koszty pokryte z uzyskanego dofinansowania PFRON (w zł)
- środki własne (w zł)
- inne źródła (w zł)

Uwagi!

1. Przedstawiane przez wnioskodawcę końcowe rozliczenie tj. faktury/rachunki muszą zawierać oświadczenia:

- a) o sprawdzeniu prawidłowości przyjętych do rozliczenia i przedstawionych w zestawieniach dokumentów finansowych, pod względem merytorycznym, rachunkowym i formalno-prawnym,
- b) o opłaceniu zobowiązań wynikających z przedstawionych w rozliczeniu dokumentów finansowych,
- c) o przyjęciu do ewidencji uzyskanych środków trwałych i wyposażenia zgodnie z obowiązującymi przepisami.

2. Dokumenty składające się na końcowe rozliczenie (faktury/rachunki) dofinansowania powinny być podpisane przez osoby upoważnione do reprezentowania wnioskodawcy.

.....
data, podpis wnioskodawcy

Kwota dofinansowania określona w umowie:

Przekazana kwota dofinansowania zadania:

.....
data, podpis pracownika PCPR