

Nr wniosku:

.....
Pieczęć PCPR

.....
data wpływu kompletnego wniosku,

.....
podpis pracownika

WNIOSEK

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

Uwaga! – przed przystąpieniem do wypełniania wniosku należy zapoznać się z „Zasadami dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych”.

Część A WNIOSKU: Dane i informacje o Wnioskodawcy
--

1. Nazwa i adres Wnioskodawcy

Pełna nazwa (zgodna z aktualnym wypisem z rejestru sądowego):

Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Gmina	Powiat	Województwo	Nr kierunkowy
Nr telefonu	Nr fax	adres http://www	e-mail

2. Osoby uprawnione do reprezentowania Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

(nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem funkcji jaką pełnią w organizacji, które zgodnie z postanowieniami statutu lub innego aktu wewnętrznego są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy)

Imię i Nazwisko	Funkcja

3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON

(przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „X”)

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	tak:	nie:
W przypadku zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON podać podstawę prawną		
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak:	nie:
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku	(w zł).....	

4. Informacje o Wnioskodawcy

Zakres terytorialny działania wnioskodawcy (przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „X”):

☐

Lokalny

☐

Ogólnopolski

Status prawny	Nr rejestru sądowego
Data wpisu do rejestru sądowego	Organ założycielski
REGON	Nr identyfikacyjny NIP
Nazwa banku	Nr rachunku bankowego

(przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „X”)

Czy statut Wnioskodawcy zawiera zapis o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych	tak:	nie:
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:	nie:
Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT	tak:	nie:
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony. Podstawa prawna	tak:	nie: nie dotyczy:

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

(przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „X”)

Czy Wnioskodawca prowadzi działalność rehabilitacyjną na rzecz osób niepełnosprawnych (dot. osób, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)	tak:	nie:
Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych		
Krótki opis działań zrealizowanych przez Wnioskodawcę na rzecz osób niepełnosprawnych w ciągu ostatnich 2 lat:		
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością:		
Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje:		

6. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON (za okres ostatnich 3 lat)

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „X”)			tak:	nie:
Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

7. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku (wypełnia PCPR)	
	Tak/Nie/ Nie dotyczy	Data uzupełnienia
1. Aktualny wypis z rejestru sądowego – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy		
2. Aktualny statut – kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy		
3. Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy.		
4. Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych co najmniej 2 lata		
5. Oświadczenie o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz wobec Urzędu Skarbowego – sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik 1 do wniosku		
6. Oświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego (rachunków bankowych) wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach - sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do wniosku		
7. 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		
8. Decyzja w sprawie przyznania statusu Zakładu Pracy Chronionej - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy		
9. Inne, jakie?		

Część B WNIOSKU: Informacje o przedmiocie wniosku

Uwaga!

W przypadku zgłaszania we wniosku więcej niż jednego zadania, **część B** wniosku należy **skopiować** i wypełnić dla każdego zadania oddzielnie.

1. Opis zadania

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

Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie organizacji:

- ☐ Sportu
- ☐ Kultury
- ☐ Turystyki
- ☐ Rekreacji

Liczba uczestników :....., w tym (liczba opiekunów):.....

osób niepełnosprawnych:

osób niepełnosprawnych z terenu powiatu konińskiego:

Do lat 18:

Powyżej 18 lat:

Mieszkańców wsi:

Planowane
miejsce/miejsca
realizacji zadania
(województwo, powiat,
miejscowość, adres)

Termin rozpoczęcia i
przewidywany czas
realizacji zadania

2. Zakładane rezultaty realizacji zadania

Jakie są zakładane rezultaty zadania (należy opisać co zyskają osoby w wyniku realizacji zadania, w jakim stopniu realizacja zadania zmieni ich sytuację) oraz jak rezultaty te będą badane

3. Udział Partnerów w realizacji zadania

(należy wypełnić o ile dotyczy)

Nazwa i adres Partnera:

Opis zakresu odpowiedzialności Partnera:

5. Budżet zadania

Przewidywany łączny koszt realizacji zadania:.....zł

Własne środki przeznaczone na realizację zadania:.....zł

Inne źródła finansowania ogółem, w tym – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON:

- publiczne zł

- niepubliczne zł

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:zł

(słownie złotych:.....),

6. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku (przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „X”)	
		tak	nie
1.	Harmonogram realizacji zadania, nazwa, miejsce, szczegółowy przebieg imprezy – program merytoryczny imprezy		
2.	Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania - sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik 3 do wniosku		
3.	Inne, jakie?.....		

Oświadczam że:

- 1) podane w części **A** i **B** wniosku informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym – przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- 2) znane mi są „Zasady dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych”, przyjęte przez Powiat,
- 3) w ramach realizacji zadania **planowane jest pobieranie*/ nie jest planowane pobieranie*** opłat od ostatecznych beneficjentów zadania,
- 4) reprezentowana przeze mnie podmiot zobowiązuje się do uzyskania środków finansowych w wysokości wystarczającej na pokrycie pozostałych kosztów zadania (poza kosztami przewidzianymi do dofinansowania ze środków PFRON), w tym wkładu własnego, zaangażowanego do realizacji zadania,
- 5) na dzień sporządzenia wniosku reprezentowana przeze mnie podmiot **posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON* / nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON***.
- 6) Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi imprezy*/zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi imprezy*
- 7) Oświadczam, że posiadam*/zabezpieczę* odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji imprezy.
- 8) Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie uchwały Zarządu Powiatu lub decyzji przyznającej środki Funduszu na podstawie niniejszego wniosku.
- 9) Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.

*-niepotrzebne skreślić

..... dniar.
<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>.....</p> <p>pieczętka imienna</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>.....</p> <p>pieczętka imienna</p> </div> </div>
<p>podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych</p>

Pouczenie:

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części **A** oraz części **B**, ewentualnie wpisać „**Nie dotyczy**”.

WYPEŁNIA PCPR

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:

podpis pracownika PCPR

data, podpis:

Ocena formalna wniosku:

pozytywna

negatywna

podpis pracownika PCPR

data, podpis:

Uzasadnienie (w przypadku negatywnej oceny formalnej):

.....
miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

(pełna nazwa wnioskodawcy)

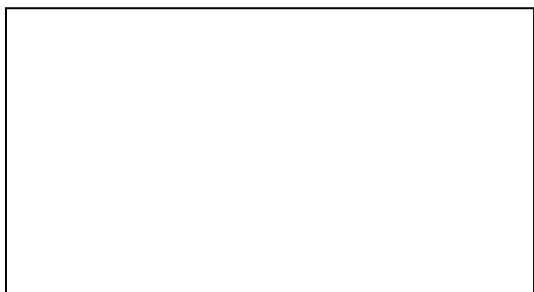
dla którego siedzibą jest

(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.



(pieczęć wnioskodawcy)

.....

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej
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

.....

miejsowość i data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest

(adres wnioskodawcy)

.....

jest / nie jest* przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 19 listopada 1999 r. – Prawo o działalności gospodarczej (Dz. U. nr 101, poz. 1178 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.



(pieczęć wnioskodawcy)

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

Jeżeli wnioskodawca jest przedsiębiorcą należy dołączyć do wniosku informację o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami ustawy o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

* niepotrzebne skreślić

.....
miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

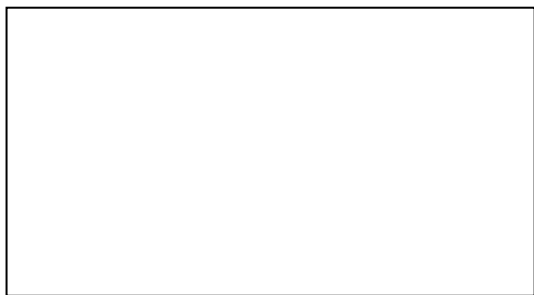
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest

(adres wnioskodawcy)

.....
jest / nie jest* płatnikiem VAT w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. – o podatku od towarów i usług (Dz. U. nr 54, poz. 535 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.



(pieczęć wnioskodawcy)

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

* niepotrzebne skreślić

.....
(miejscowość, data)

pieczęć Wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień
(data)

.....
(nazwa, adres, NIP Wnioskodawcy)

.....
nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz wobec Urzędu Skarbowego.

.....
data, pieczątki imienne i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji
Wnioskodawcy

.....
(miejscowość, data)

pieczęć Wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień
(data)

.....
(nazwa, adres, NIP Wnioskodawcy)

posiada następujący **rachunek bankowy/rachunki bankowe**:

- 1) nazwa banku.....,
nr rachunku bankowego;
informacja o ewentualnych obciążeniach.....,
- 2) nazwa banku.....,
nr rachunku bankowego;
informacja o ewentualnych obciążeniach.....,
- 3) *itd. (wg wzoru określonego w pkt 1-2)*

.....
data, pieczętki imienne i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji
Wnioskodawcy

Kosztorys rzeczowo-finansowy obejmujący rodzaje kosztów związanych z realizacją przedsięwzięcia.

Lp.	Zakres rzeczowy wg rodzajów kosztów	Zakres finansowy		
		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:			%	%
<p style="text-align: center;">..... podpis i pieczęć wnioskodawcy</p>				

HARMONOGRAM REALIZACJI ZADANIA

.....
podpisy i pieczęć wnioskodawcy