

Data wpływu:

Nr sprawy:

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Pełna nazwa Wnioskodawcy:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Strona internetowa:	

ADRES SIEDZIBY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Poczta:	
Kod pocztowy:	

Taki sam jak adres siedziby **TAK** **NIE**

ADRES KORESPONDENCYJNY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Poczta:	
Kod pocztowy:	

OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Nazwisko	
Pesel:	
Nr telefonu:	
Poczta:	

OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY

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
1.	
2.	
3.	

II. INFORMACJE DODATKOWE

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Status prawny:	
Nr rejestru sądowego:	
Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	
REGON:	
NIP:	
Podstawa działania:	
Sektor finansów: (publiczny/niepubliczny)	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia	
Czy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych:	TAK	NIE
Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:	TAK	NIE
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:		
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	TAK	NIE
Podstawa prawna:		
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:	TAK	NIE

Czy wnioskodawca otrzymał pomoc inną niż de minimis (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
Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:	TAK	NIE
Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:	TAK	NIE

INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:	
Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje:	
Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:	

III. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?

TAK NIE

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON

TAK NIE

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia	Kwota rozliczona

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**I. PRZEDMIOT WNIOSKU**

Nazwa zadania:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:	
Liczba uczestników:	
W tym liczba opiekunów:	
Liczba osób niepełnosprawnych:	
Do lat 18:	
Powyżej 18 lat:	
Liczba mieszkańców wsi:	

PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Planowane miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji zadania:	
Termin zakończenia:	

INFORMACJE DODATKOWE

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

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:	

II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przewidywany koszt realizacji zadania:	
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
Własne środki przeznaczone na realizację zadania:	

Inne źródła finansowania ogółem

z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Publiczne:	
Niepubliczne:	

Harmonogram

Program merytoryczny realizacji zadania:

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak / nie		Uzupełniono tak / nie	Data Uzupełnienia
	<i>Wypełnia wnioskodawca</i>	<i>Wypełnia pracownik PCPR i OZ</i>	<i>(wypełnia pracownik PCPR i OZ)</i>	
1. Aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej /ważny 3 miesiące/				
2. Statut				
3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)				
4. Udokumentowanie posiadania konta bankowego				
5. Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanych z rehabilitacją osób niepełnosprawnych				
DO KAŻDEGO WNIOSKU Z OSOBNA				
1. Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji imprezy - program merytoryczny imprezy				
2. Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON (w przypadku środków własnych oświadczenie o ich wysokości i źródle pochodzenia – co najmniej 40%)				
3. Szczegółowy kosztorys wydatków związanych z realizacją imprezy				
4. Inne dokumenty:				

Potwierdzam złożenie zaznaczonych w tabeli dokumentów wymienionych w części A Wniosku

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części A Wniosku

.....
(podpis wnioskodawcy i data)

.....
(podpis pracownika PCPR i OZ, data)

Oświadczenie

Oświadczam, że dysponuję fachową kadrą do obsługi imprezy
Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON
Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić PCPRiOZ o zaistnieniu jakichkolwiek zmian w działalności wnioskodawcy, mających wpływ na przyznanie dofinansowania.

Zobowiązuję się powiadomić PCPRiOZ najpóźniej miesiąc przed datą imprezy o dokładnym terminie jej realizacji w celu przygotowania stosownej umowy. Przyjmuję do wiadomości, że brak takiej informacji może spowodować nie podpisanie umowy o przekazania dofinansowania na realizację zadania. W takim przypadku wniosek zostanie przekazany do archiwum.

Przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym wniosek zostanie przekazany do archiwum bez rozpatrzenia.

Wniosek Nr.....

Rehabilitacja społeczna – Sport, kultura, rekreacja i turystyka

Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżoniowie oraz w bazie danych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu realizacji procedury dofinansowania: sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych na podstawie i w granicach powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia informuje, że w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek zostanie przekazany do archiwum bez rozpatrzenia.

DATA I CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY

DODATKOWE DOKUMENTY

1. W przypadku, gdy wnioskodawca jest podmiotem:

1) prowadzącym działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r.

o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2007 r. Nr 155, poz. 1095 i Nr 180, poz. 1280)

– do wniosku dołącza się:

a) zaświadczenia 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,

b) 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,

c) oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, wg kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy.

2) pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej – do wniosku dołącza się:

a) kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,

b) pisemną informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku,

c) informację, o której mowa w pkt 1 pkt 1).

Wysokość dofinansowania – do 60% kosztów przedsięwzięcia.

Opinia

Opinia Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i OZ: pozytywna / negatywna

Przyznano dofinansowanie do kwoty..... zł

.....
(data i czytelny podpis pracownika PCPR i OZ)