

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON organizacji
sportu, kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych

I. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

Pełna nazwa:

.....

Miejscowość:, kod pocztowy:-.....

Ulica:, nr:

Powiat:, województwo:

Nr tel.:, nr faksu:

Osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych:

Imię i nazwisko: Imię i nazwisko:

.....

pieczętka imienna i podpis

pieczętka imienna i podpis

Status prawny:

REGON:

Nr rejestru sądowego:

Data wpisu do rejestru:

Organ założycielski:

NIP:

Nazwa banku:

Nr konta:

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON TAK/NIE*

Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON

.....

Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON TAK/NIE*

Kwota zaległości zł

Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT TAK/NIE*

Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:

.....

Informacje o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych:

Liczba zatrudnionych osób ogółem (w przeliczeniu na etaty): etatów

Liczba zatrudnionych osób niepełnosprawnych (w przeliczeniu na etaty): etatów

Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji: zawodowej/leczniczej/społecznej *

Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętna w miesiącu):, w tym:

do lat 18:

powyżej lat 18:

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy:

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

Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy (*cel działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i kwalifikacje rehabilitantów i techników, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje*)

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

Informacje o korzystaniu ze środków PFRON (w okresie 3 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku)

Nr umowy, data zawarcia	Kwota dofinansowania wg umowy	cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia /kwota przyznanego dof./	Podmiot przyznający dofinansowanie /samorząd powiatowy, wojewódzki/*

Razem:		Razem kwota rozliczona:			

II. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania /nazwa zadania/

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

Przewidywany koszt przedsięwzięcia: zł

Deklarowane własne środki: zł

Inne źródła finansowania ogółem: zł

z tego:

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

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: zł

Kwota słownie:

Rodzaj imprezy: sportowa/kulturalna/rekreacyjna/turystyczna*

Termin rozpoczęcia imprezy:

Przewidywany czas realizacji zadania:

Miejsce rozpoczęcia imprezy (dokładny adres):

.....

Cel dofinansowania:

.....

.....

.....

Liczba uczestników:, w tym osób niepełnosprawnych:

do lat 18:, powyżej 18 lat:

Razem osób niepełnosprawnych:, co stanowi% ogólnej liczby uczestników.

Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informacja o ogólnej wartości nakładów poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

.....

.....

.....

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Imię i nazwisko:

Imię i nazwisko:

.....
pieczętka imienna i podpis

.....
pieczętka imienna i podpis

.....
Miejscowość, data

*** - niepotrzebne skreślić**

**** - właściwe wpisać w okienko**

Załączniki wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku TAK/NIE*	Uzupełnion o TAK/NIE**	
		Data uzupełnienia	
	*	/wypełnia PCPR/	
Aktualny wypis z rejestru sądowego /ważny 3 miesiące/			
Statut			
Sposób reprezentacji /pełnomocnictwo/			
Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach			
Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania – program merytoryczny imprezy			
Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON			
Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania			
Udokumentowanie zapewnienia odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania /dopuszcza się formę oświadczenia/			
Lista niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności /nie dotyczy imprezy masowej/			
Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych			
Inne dokumenty:			
1.			
2.			
3.			

W przypadku, gdy Wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2007r. Nr 155 poz. 1095 i Nr 180 poz. 1280) – do wniosku dołącza się również:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku Tak/NIE**	Uzupełniono TAK/NIE**	Data uzupełnienia
		/wypełnia PCPR/	
Zaświadczenie o pomocy <i>de minimis</i> otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy <i>de minimis</i> w tym okresie			
Informacje o każdej pomocy innej niż <i>de minimis</i> , jaką Wnioskodawca otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc <i>de minimis</i>			
Oświadczenie, że Wnioskodawca nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy			

W przypadku, gdy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej – do wniosku dołącza się także:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku Tak/NIE**	Uzupełniono TAK/NIE**	Data uzupełnienia
		/wypełnia PCPR/	
Potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej			
Informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku			

Stwierdzam kompletność złożonych dokumentów do wniosku

.....
Pieczątką imienna, podpis pracownika PCPR

III. DECYZJA DYREKTORA PCPR W LIMANOWEJ

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