

**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

### 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

## 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:	<input type="checkbox"/> publicznych <input type="checkbox"/> niepublicznych
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:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna:	
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

<b>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)?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

### INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

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

### III. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON? ( w okresie 3 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku)**

- Nie  
 Tak

### 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
<b>Cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:</b>	
<b>Liczba uczestników:</b>	
<b>W tym liczba opiekunów:</b>	
<b>Liczba osób niepełnosprawnych:</b>	
<b>Do lat 18:</b>	
<b>Powyżej 18 lat:</b>	
<b>Liczba mieszkańców wsi:</b>	

### PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Planowane miejsce realizacji zadania:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji zadania:</b>	
<b>Termin zakończenia:</b>	



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

Lp.	Zakres rzeczowy wg rodzajów kosztów	Zakres finansowy		
		Całkowita wartość rodzajów kosztów	Pozostałe źródła finansowania (w tym udział własny)	Kwota dofinansowania ze środków PFRON
Razem:				
Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:				
		<i>Data i pieczęć wnioskodawcy</i>		

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

<b>Lp.</b>	<b>Plik</b>
	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Aktualny wypis z rejestru sądowego / ważny 3 miesiące/,</li><li>2. Statut,</li><li>3. Sposób reprezentacji/pełnomocnictwo.</li><li>4. Udokumentowanie posiadanie konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach.</li><li>5. Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania – program merytoryczny imprezy</li><li>6. Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON</li><li>7. Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania</li><li>8. Udokumentowanie zapewnienia odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania /dopuszcza się formę oświadczenia/</li><li>9. Lista osób niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności /nie dotyczy imprezy masowej/</li><li>10. Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych</li><li>11. Inne dokumenty:<ol style="list-style-type: none"><li>1) .....</li><li>2) .....</li><li>3) .....</li></ol></li></ol>