

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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:	

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	PESEL	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:	☐ publicznych ☐ 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:	☐ Nie ☐ Tak
Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:	☐ Nie ☐ Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	☐ Nie dotyczy ☐ Nie ☐ Tak
Podstawa prawna:	
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:	☐ Nie ☐ Tak
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)?:	☐ Nie ☐ Tak
Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:	☐ Nie ☐ Tak
Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:	☐ Nie ☐ Tak

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?

☐ 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
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	

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:				
		Data i pieczęć wnioskodawcy		

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	dokumenty potwierdzające działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej dwóch lat przed dniem złożenia wniosku;
2.	dokumenty potwierdzające o zapewnieniu odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania;
3.	dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu;
4.	statut organizacji, jednostki – potwierdzony za zgodność z oryginałem;
5.	wypis z Krajowego Rejestru Sądowego (nie starszy niż 3 miesiące) lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, a w przypadku Jednostek Samorządu Terytorialnego uchwały o utworzeniu;
6.	pełnomocnictwa w przypadku, gdy wniosek jest podpisany przez osoby upoważnione do reprezentowania;
7.	udokumentowane posiadania rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach - oświadczenie 1;
8.	wstępną listę niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności;
9.	kserokopię decyzji o nadaniu numeru statystycznego REGON z Głównego Urzędu Statystycznego;
10.	kserokopię decyzji o nadaniu numeru identyfikacji podatkowej NIP z Urzędu Skarbowego;
11.	oświadczenie nr 2;
12.	<u>Jeżeli wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 02.07.2004 r., o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017 r., poz. 2168 ze zm.):</u> • oświadczenie przedsiębiorcy, że nie jest w trudnej sytuacji ekonomicznej wg kryteriów UE dotyczących pomocy, • zaświadczenia o pomocy de minimis, otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie, • informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzyma w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis,
13.	<u>Jeżeli wnioskodawca jest zakładem pracy chronionej:</u> • potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej, • informacja o kwocie naliczenia oraz sposobie wykorzystania zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku.

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

--

PODPISANY WNIOSEK

Plik

--

Oświadczenie nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON
sportu, kultury, rekreacji i turystyki

**OŚWIADCZENIE O POSIADANIU RACHUNKU BANKOWEGO
WRAZ Z INFORMACJĄ O EWENTUALNYCH OBCIĄŻENIACH**

.....
.....
(pełna nazwa i adres Wnioskodawcy)

1.	Nazwa banku:	
	nr rachunku bankowego	
	Informacje o ewentualnych obciążeniach	
2.	Nazwa banku:	
	nr rachunku bankowego	
	Informacje o ewentualnych obciążeniach	

.....
(podpisy osób uprawnionych
do reprezentowania Wnioskodawcy)

Oświadczenie nr 2 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON
sportu, kultury, rekreacji i turystyki

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

.....
.....

(pełna nazwa i adres Wnioskodawcy)

- *posiada/ nie posiada** zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- *był/ nie był** w ciągu 3 lat od dnia złożenia wniosku o dofinansowanie ze środków Fundusz stroną umowy zawartej z Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- *posiada/ nie posiada** zaległości wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Urzędu Skarbowego,
- *jest/ nie jest** pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej,
- *jest/ nie jest** podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu Ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej,
- *jest/ nie jest** płatnikiem podatku VAT, w związku z tym dokona/ nie dokona* odliczenia podatku należnego o podatek naliczony w ramach realizacji projektu zawartego w umowie,
- *otrzymał/ nie otrzymał** na podstawie odrębnych wniosków dofinansowania lub dotacji ze środków PFRON na cele objęte umową dofinansowania i nie ubiega się odrębnymi wnioskami o dofinansowanie, lub dotację ze środków PFRON na te cele,
- *posiada/ nie posiada** środki finansowe na wniesienie wymaganego wkładu własnego.

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 Kk o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenia prawdy.

.....
(podpisy osób uprawnionych
do reprezentacji Wnioskodawcy)

*niepotrzebne skreśli