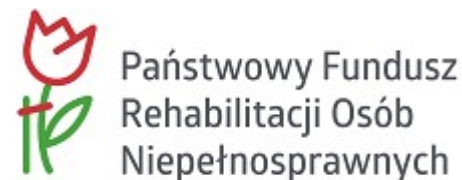


Data wpływu:

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:	

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

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

PODPISANY WNIOSEK

Plik



Wniosek o założenie kartoteki Instytucji

DANE FIRMY

Nazwa pola	Zawartość
Zakres składanego wniosku:	<input type="checkbox"/> Rejestracja Instytucji <input type="checkbox"/> Złożenie wniosku o przypisanie do Instytucji
Nazwa firmy/organizacji:	
Czy organizacja zarejestrowana w KRS:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Status prawny:	
Nr rejestru sądowego (KRS):	
Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	
NIP:	
REGON:	
Nr telefonu:	
Adres email:	
Strona internetowa:	
Podstawa działania:	

ADRES SIEDZIBY

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

UŻYTKOWNIK ROZSZERZONY

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Nazwisko:	

PESEL:	
Email / login:	
Nr telefonu:	

ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Nazwa
1.	

Administratorem danych osobowych przetwarzanych w związku z obsługą złożonego wniosku jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy ul. Jana Pawła II 13. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych, w tym o prawach przysługujących podmiotom danych, znajdują się pod tym adresem <https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/>

Do wniosku należy dołączyć:

- Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)
- Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.
- Informację o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania
- Udokumentowaną informację o innych źródłach finansowania zadania
- Informację o kwotach przyznanych wcześniej środków PFRON z określeniem numeru zawartej umowy, celu dofinansowania oraz stanu rozliczenia.

W przypadku gdy wnioskodawcą jest przedsiębiorca, do wniosku dołącza się:

- Informację 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.

W przypadku gdy wnioskodawcą jest pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej, do wniosku dołącza się:

- 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
- Informację 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.

Informacja:

1. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (j.t. Dz. U. 2015, poz. 926) o dofinansowanie ze środków Funduszu organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych mogą się ubiegać osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, jeżeli:
 - a) prowadzą działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku,
 - b) udokumentują zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania,
 - c) udokumentują posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu.
2. **Wniosek o dofinansowanie ze środków Funduszu wraz z wymaganymi załącznikami składa się w terminie do dnia 30 listopada roku poprzedzającego realizację zadania do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie właściwego dla miejsca zamieszkania osób niepełnosprawnych objętych wnioskiem o dofinansowanie. Dofinansowanie może być przyznane do wysokości 60% kosztów poniesionych dla osób niepełnosprawnych, zamieszkałych na terenie naszego powiatu.**

