

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
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	

### 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:	<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>	♦ Nie ♦ Tak
<b>Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:</b>	♦ Nie ♦ Tak
<b>Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:</b>	♦ Nie ♦ 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?

- ♦ 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





*Załącznik nr 1 do formularza wniosku „o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki”.*

#### Oświadczenia

1. Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań zgodnie z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny, 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.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie danych osobowych przez PCPR, koniecznych do realizacji działania, zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1781).

.....  
*/pieczętka firmowa/*

.....  
*data i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy*

**Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku**

Nazwa załącznika
1. załącznik nr 1 – oświadczenia
2. Aktualny wypis z rejestru sądowego /ważny 3 miesiące/
3. Statut
4. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)
5. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach
6. Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres minimum 2 lat przed dniem złożenia wniosku

**Załączniki wymagane do wniosku (Informacje o przedmiocie wniosku):**

Nazwa załącznika
1. Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON
2. Lista niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności (nie dotyczy imprez masowych)
3. Oświadczenie Wnioskodawcy, że nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON
4. Podmioty prowadzące działalność, gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018r. prawo przedsiębiorców (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 221 ze zm.) do wniosku dołączają: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- informację o każdej pomocy innej niż <i>de minimis</i>, jaką otrzymali w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc <i>de minimis</i></li> <li>- oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą, znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielenia pomocy</li> </ul>
5. Pracodawca prowadzący ZPCH dodatkowo do wniosku dołącza: <ul style="list-style-type: none"> <li>- potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,</li> <li>- informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku.</li> </ul>

