

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	Wartość
Pełna nazwa Wnioskodawcy:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Strona internetowa:	

ADRES SIEDZIBY

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Poczta:	
Kod pocztowy:	

Taki sam jak adres siedziby

ADRES KORESPONDENCYJNY

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Poczta:	
Kod pocztowy:	

OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

Nazwa pola	Wartość
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	Wartość
Status prawny:	
Nr rejestru sądowego:	
Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	
REGON:	
NIP:	
Podstawa działania:	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Czy Wnioskodawca prowadzi działalność rehabilitacyjną na rzecz osób niepełnosprawnych (dot. osób, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu 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 <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Podstawa prawna:	
Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

<p>Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>
<p>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)?:</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>

INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

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

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, cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:

.....

.....

.....

Nazwa pola	Wartość
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	Wartość
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	Wartość
Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:	<div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div>

II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA

Nazwa pola	Wartość
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	Wartość
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
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
Razem:				
Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:				

Data i pieczęć wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	Aktualny wypis z rejestru sądowego lub z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (wydany nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku)
2.	Aktualny statut (regulamin)
3.	Wydany (nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) przez bank dokument potwierdzający posiadanie rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach
4.	Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo) - w przypadku, gdy wniosek składany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy
5.	Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku
6.	W przypadku podmiotów prowadzących działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dn. 6 marca 2018 Prawo przedsiębiorców - do wniosku dołącza się (o ile dotyczy): <ul style="list-style-type: none"> – zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w roku bieżącym oraz dwóch poprzedzających go latach kalendarzowych lub oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie – informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką Wnioskodawca otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis
7.	W przypadku podmiotów prowadzących ZPCh (poza zał. wymienionymi w pkt. 6) do wniosku dołącza się (o ile dotyczy): <ul style="list-style-type: none"> – decyzję w sprawie przyznania statusu ZPCh - kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy – informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku
8.	INFORMACJA o ogólnej wartości nakładów poniesionych przed realizacją zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania, lub OŚWIADCZENIE że nie poniesiono kosztów
9.	OŚWIADCZENIE wg wzoru - załącznik do wniosku
10.	KLAUZULA INFORMACYJNA wg wzoru - załącznik do wniosku
11.	SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE I FINANSOWE (PO ZREALIZOWANIU ZADANIA) - załącznik do wniosku