

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:	

**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:	

<b>Nr rejestru sądowego:</b>	
<b>Data wpisu do rejestru sądowego:</b>	
<b>Organ założycielski:</b>	
<b>REGON:</b>	
<b>NIP:</b>	
<b>Podstawa działania:</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	
<b>INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
<b>Czy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:</b>	
<b>Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:</b>	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Podstawa prawna:</b>	
<b>Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:</b>	<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?**

- 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
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
Słownie:	
<b>Własne środki przeznaczone na realizację zadania:</b>	

### Inne źródła finansowania ogółem

z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Publiczne:</b>	
<b>Niepubliczne:</b>	

### 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**

<b>Lp.</b>	<b>Plik</b>
1.	<input type="checkbox"/> Potwierdzenie prowadzenia działalności statutowej na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej od 2 lat (aktualny wypis z rejestru sądowego - ważny 3 miesiące i statut)
2.	<input type="checkbox"/> Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo).
3.	<input type="checkbox"/> Udokumentowane posiadanie konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach.
4.	<input type="checkbox"/> Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania (preliminarz).
5.	<input type="checkbox"/> Lista niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności (nie dotyczy imprez masowych).
6.	<input type="checkbox"/> Potwierdzenie posiadanych środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.
7.	<input type="checkbox"/> Inne wg. wskazań organu udzielającego dofinansowania.

**UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

<b>Lp.</b>	<b>Plik</b>
1.	<input type="checkbox"/> Potwierdzenie prowadzenia działalności statutowej na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej od 2 lat (aktualny wypis z rejestru sądowego - ważny 3 miesiące i statut)
2.	<input type="checkbox"/> Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo).
3.	<input type="checkbox"/> Udokumentowane posiadanie konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach.
4.	<input type="checkbox"/> Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania (preliminarz).
5.	<input type="checkbox"/> Lista niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności (nie dotyczy imprez masowych).
6.	<input type="checkbox"/> Potwierdzenie posiadanych środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.
7.	<input type="checkbox"/> Inne wg. wskazań organu udzielającego dofinansowania.



## LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

### Lista

1.	Potwierdzenie prowadzenia działalności statutowej na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej od 2 lat (aktualny wypis z rejestru sądowego - ważny 3 miesiące i statut)
2.	Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo).
3.	Udokumentowane posiadanie konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach.
4.	Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania (preliminarz).
5.	Lista niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności (nie dotyczy imprez masowych).
6.	Potwierdzenie posiadanych środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.
7.	Inne wg. wskazań organu udzielającego dofinansowania.

### PODPISANY WNIOSEK

#### Plik

Głubczyce, dnia .....

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
w Głubczycach

Zapewniam, że w .....  
(miejsce realizacji zadania)

istnieją odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe do

realizacji zadania w postaci .....

.....  
*podpisy i pieczętki osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy (pieczętka Wnioskodawcy)*