

**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:	

<b>Podstawa działania:</b>	
<b>Sektor finansów:</b>	<input type="checkbox"/> publiczny <input type="checkbox"/> niepublicznych
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	
INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
<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

**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
<p><b>Cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:</b></p>	
<p><b>Liczba uczestników:</b></p>	
<p><b>W tym liczba opiekunów:</b></p>	
<p><b>Liczba osób niepełnosprawnych:</b></p>	
<p><b>Do lat 18:</b></p>	
<p><b>Powyżej 18 lat:</b></p>	
<p><b>Liczba mieszkańców wsi:</b></p>	

**PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Planowane miejsce realizacji zadania:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji zadania:</b>	
<b>Termin zakończenia:</b>	

**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
<b>Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:</b>	

**II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
Słownie:	

**Własne środki przeznaczone na realizację zadania:**

**Inne źródła finansowania ogółem**

z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON

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

**Harmonogram**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**III. Kosztorys rzeczowo-finansowy obejmujący rodzaje kosztów związanych z realizacją przedsięwzięcia**

<b>Lp.</b>	<b>Zakres rzeczowy wg rodzajów kosztów</b>	<b>Zakres finansowy</b>		
		<b>Całkowita wartość rodzajów kosztów</b>	<b>Pozostałe źródła finansowania (w tym udział własny)</b>	<b>Kwota dofinansowania ze środków PFRON</b>



Wniosek Rehabilitacja społeczna – Sport, kultura, rekreacja i turystyka

Razem:				
Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:				
		<i>Data i pieczęć wnioskodawcy</i>		

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

## LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

### Lista

1. Aktualny wypis z rejestru sądowego (ważny 3 miesiące),
2. Statut, który powinien zawierać zapis o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, gwarancje przekazania majątku na cele statutowe w przypadku likwidacji organizacji,
3. Uchwałę o powołaniu oraz regulamin organizacyjny (w przypadku jednostek samorządu terytorialnego),
4. Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych dłużej niż 2 lata przed złożeniem wniosku,
5. Zaświadczenie o posiadaniu konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach,
6. Udokumentowane dowody posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie zadania w wysokości nie objętej dofinansowaniem ze środków PFRON,
7. Sposób reprezentacji (Pełnomocnictwo),
8. Dokumenty potwierdzające zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych/ lokalowych do realizacji zadania
9. Udokumentowanie zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania lub zobowiązanie do jej zatrudnienia,
10. Oświadczenie o nie posiadaniu na dzień składania wniosku wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, ZUS oraz Urzędu Skarbowego,
11. Oświadczenie o zapoznaniu się z Klauzulą Informacyjną RODO Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Brzozowie,
12. Informacja 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 przedsiębiorca),
13. W przypadku, gdy wnioskodawcą jest pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej, do wniosku należy dołączyć:
  - a) potwierdzoną za zgodność kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
  - b) informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres 3 miesięcy przed datą złożenia wniosku,
  - c) informację o której mowa w punkcie 12.
14. Inne niezbędne dokumenty wymagane do rozpatrzenia wniosku:  
.....  
.....  
.....

## PODPISANY WNIOSEK

### Plik