

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:	

<b>Kod pocztowy:</b>	
----------------------	--

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

<b>Status prawny:</b>	
<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>Sektor finansów:</b>	<input type="checkbox"/> publicznych <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</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

<b>inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis)?:</b>	
<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 <small>(nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)</small>	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia	Kwota rozliczona

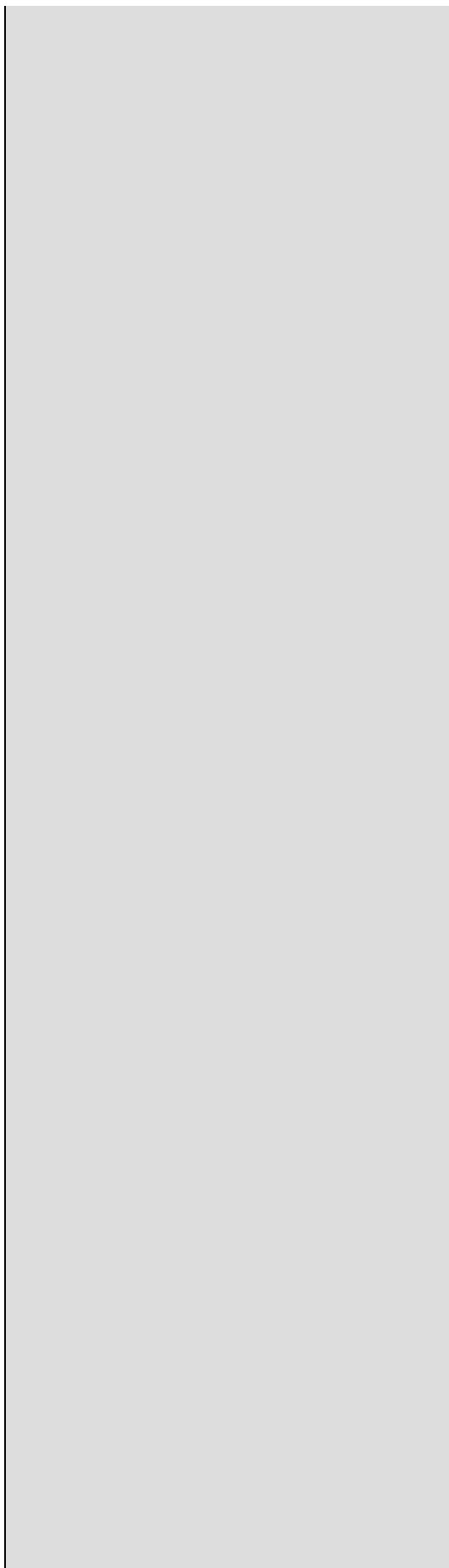

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa zadania:

.....

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:</b>	



<b>Liczba uczestników:</b>	
<b>W tym liczba opiekunów:</b>	
<b>Liczba osób niepełnosprawnych:</b>	
<b>Do lat 18:</b>	
<b>Powyżej 18 lat:</b>	
<b>Liczba mieszkańców wsi:</b>	


#### 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
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

Wniosek Rehabilitacja społeczna – Sport, kultura, rekreacja i turystyka

Razem:				

*Data i pieczęć wnioskodawcy*


### 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 ( w tym oświadczenie) 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

.....

.....