

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
W GORLICACH**

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
SPORTU, KULTURY, REKREACJI I TURYSTYKI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

Część A: Dane i informacje o wnioskodawcy

1. Nazwa i adres siedziby wnioskodawcy:

Pełna nazwa:
Adres siedziby:
Nr telefonu: Nr faxu:

**2. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych
Wnioskodawcy:**

1. Imię Nazwisko
- Adres zamieszkania
- Seria i numer dowodu osobistegowydany przez
- NIP (numer identyfikacji podatkowej).....

podpis:
(pieczęćka imienna)

2. Imię Nazwisko
- Adres zamieszkania
- Seria i numer dowodu osobistegowydany przez
- NIP (numer identyfikacji podatkowej).....

podpis:
(pieczęćka imienna)

3. Informacja o stanie prawnym – finansowym Wnioskodawcy:

Status prawny:	Podstawa działania:
NIP:	REGON:
Nazwa banku:	Nr rachunku bankowego:

4. Dodatkowe informacje o Wnioskodawcy:

Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:	€TAK	€NIE
Czy Wnioskodawca jest przedsiębiorcą:	€TAK	€NIE
Czy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:	€TAK	€NIE

5. Informacja o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	TAK €	NIE €
		Podstawa zwolnienia:
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	TAK €	NIE €
	Kwota zaległości:	
Czy Wnioskodawca w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy zawartej z Funduszem rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy	TAK €	NIE €

6. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie ze środków PFRON w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku:				
NIE €				
TAK €				
Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznanego dofinansowania	Cel	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia
Razem:		Razem kwota rozliczona:		

7. Informacja o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych:

Wnioskodawca oświadcza, że prowadzi oddziałalność na rzecz (dzień, miesiąc rok) osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji		
€ zawodowej	€ leczniczej	€ społecznej
Ilość osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)		

Część B: Informacje o przedmiocie wniosku

1. Cel dofinansowania

Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie działalności:

- € sportowej € kulturalnej
€ rekreacyjnej € turystycznej

2. Zbiorcze zestawienie planowanych do organizacji przedsięwzięć:

Nr zadania	Nazwa zadania	Cel *	Miejsce	Termin	Przewidywany całkowity koszt zadania	Wnioskowana wysokość dofinansowania ze środków PFRON
Razem						

* celem przedsięwzięcia może być sport, kultura, turystyka lub rekreacja osób niepełnosprawnych

3. Informację dotyczącą planowanych do realizacji zadań ujętych w zbiorczym zestawieniu (pkt 2) należy sporządzić oddzielnie dla każdego zadania zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do wniosku „Szczegółowa informacja dotycząca planowanego do realizacji zadania nr ...”.

4. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak /nie / nie dotyczy	Data uzupełnienia (wypełnia PCPR)
1.	Aktualny wypis z rejestru sądowego (ważny 3 miesiące) lub inny dokument stanowiący podstawę działania		
2.	Statut (regulamin)		
3.	Zaświadczenie o posiadaniu konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach		
4.	Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)		
5.	Oświadczenie czy Wnioskodawca jest płatnikiem podatku VAT		
6.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (j.t. Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)		
7.	Zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w roku bieżącym oraz dwóch poprzedzających latach kalendarzowych lub oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie (dot. podmiotu prowadzącego działalność i zakładu pracy chronionej)		
8.	Informacja 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 (dot. podmiotu prowadzącego działalność i zakładu pracy chronionej)		
9.	Oświadczenie, iż Wnioskodawca nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, wg kryteriów określonych w przepisach Unii Europejskiej dot. udzielania pomocy (dot. podmiotu prowadzącego działalność i zakładu pracy chronionej)		
10.	Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej (dot. zakłady pracy chronionej)		
11.	Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku (dot. zakłady pracy chronionej)		
12.	Inne.....		
13.	Szczegółowe informacje o planowanych do realizacji zadaniach w liczbie (załącznik nr 1 do wniosku)		

POUCZENIE:

1. Wniosek należy wypełnić czytelnie ewentualnie wpisać nie dotyczy.
2. W przypadku gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „w załączeniu - załącznik nr ...” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników rubryki formularza, których dotyczą.

Uprowadzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r kodeks karny (Dz.U. z 1997r. nr 88 poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

.....

.....
Pieczenie i podpisy osób upoważnionych

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów
wymienionych w części A i B wniosku (pieczęta imienna, podpis pracownika PCPR)

Szczegółowa informacja dotycząca planowanego do realizacji zadania nr

1. Nazwa zadania
2. Miejsce realizacji zadania
3. Liczba osób niepełnosprawnych uczestniczących w zadaniu
4. Liczba niezbędnych opiekunów
5. Uzasadnienie konieczności uczestniczenia opiekunów:

.....

.....

.....

6. Program i opis zadania

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Przewidywany efekt realizacji zadania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Czy wnioskodawca do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek poniósł nakłady na realizację planowanego zadania dla osób niepełnosprawnych:

NIE €	
TAK €	
Źródło finansowania	Wartość nakładów
Razem:	

9. Szczegółowy kosztorys planowanego przedsięwzięcia

Lp.	Nazwa wydatku	Ilość <i>(np. liczba km, liczba osób, liczba osób x liczba noclegów, liczba osób x liczba obiadów)</i>	Koszt jednostkowy brutto	Wartość brutto	Wnioskowana kwota dofinanso- wania ze środków PFRON (do 60% kosztów przedsięwzięcia)
Razem					

Dodatkowe informacje, wyjaśnienia

.....

10. Dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł (podać jakich) na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON:

.....

11. Dokumenty potwierdzające zapewnienie odpowiednich do potrzeb warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania:

.....

.....
 (podpisy osób upoważnionych)