

Nr sprawy

.....
pieczęćka Wnioskodawcy

Data wpływu wniosku do Centrum

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych

Część A. Dane i informacje o Wnioskodawcy

1. Nazwa i adres Wnioskodawcy oraz siedziba:

Pełna nazwa oraz siedziba:			
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr posesji
Powiat	Województwo	Nr telefonu	Nr faksu

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

.....
pieczęćka imienna i podpis

.....
pieczęćka imienna i podpis

3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:

Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości		

4. Informacje o stanie prawno-finansowym Wnioskodawcy:

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy:	
Status prawny	REGON
Nr rejestru sądowego	Data wpisu do rejestru sądowego
Organ założycielski	Nr identyfikacyjny NIP
Nazwa banku	Nr konta bankowego
Nr identyfikacyjny PFRON	Nr decyzji i data uzyskania statusu ZPCH
Wnioskodawca jest płatnikiem VAT	
Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>	

5. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON (za okres trzech lat przed złożeniem wniosku):

Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON		Tak: <input type="checkbox"/>		Nie: <input type="checkbox"/>	
Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana zł	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia zł	Źródło: PFRON, Samorząd powiatowy
Razem:		Razem kwota rozliczona:			X

6. Informacja o działalności rehabilitacyjnej na rzecz osób niepełnosprawnych:

Wnioskodawca prowadzi działalność rehabilitacyjną na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji:

zawodowej

lecniczej

społecznej

7. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:

Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:

Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy (cel działania, teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działaniem, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje):

8. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

1. Aktualny wypis z rejestru sądowego (ważny 3 miesiące od daty wystawienia).
2. Statut.
3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo).
4. Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych dłużej niż 2 lata.
5. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach.
6. Oświadczenie Wnioskodawcy, że nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu.
7. W przypadku podmiotów prowadzących działalność gospodarczą:
 - a) zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie,
 - b) informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis.
8. W przypadku pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej do wniosku dołącza się:
 - a) potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
 - b) informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku,
 - c) informację, o której mowa w pkt 7.

Część B. Informacje o przedmiocie wniosku.

1. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:

--

2. Miejsce realizacji zadania:

Pełna nazwa:			
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr posesji
Powiat	Województwo	Nr telefonu	Nr faksu

3. Liczba uczestników/ osób korzystających z efektów zadania:

Ogółem liczba uczestników/osób korzystających z efektów zadania: , w tym liczba osób niepełnosprawnych:
--

4. Koszt przedsięwzięcia:

Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia: zł
Własne środki przeznaczone na realizację zadania: zł
Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje) zł
z tego:
a)
b)
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu: zł
słownie zł:

5. Termin realizacji zadania:

.....

6. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek, z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

7. Inne informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku:

8. Przewidywane efekty:

9. Dane osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę do prowadzenia sprawy:

Imię i nazwisko, stanowisko

nr telefonu

10. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

1. Program – nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania.
2. Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON.
3. Kosztorys.
4. Liczba niepełnosprawnych uczestników/osób korzystających z efektów zadania.
5. Inne dokumenty:
 - a)
 - b)

11. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że podane w części A i części B wniosku informacje są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania / zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania*.
3. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
4. Oświadczam, że uzyskanych z PFRON środków nie przeznaczę na inny cel, niż określony we wniosku.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części A oraz części B, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”. 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 do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

W przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym, wniosek zostanie pozostawiony bez rozpatrzenia.

.....
data

.....
podpisy osób uprawnionych
do reprezentacji Wnioskodawcy

* **niepotrzebne skreślić**

OPINIA do wniosku nr

Data uzyskania kompletności wniosku

Przedmiot wniosku

Wnioskowana kwota dofinansowania zł (słownie: zł)

OCENA WNIOSKU

Przyznana kwota dofinansowania zł (słownie: zł)

Osoby oceniające wniosek:

.....
.....
.....

podpisy osób oceniających wniosek

.....
data

DECYZJA DYREKTORA CENTRUM

Przyznaję dofinansowanie do wysokości zł (słownie:

..... zł)

.....
data

.....
podpis i pieczęć Dyrektora Centrum

Załącznik nr 1

do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych

K O S Z T O R Y S

Lp.	Zestawienie rzeczowe rodzajów kosztów	Środki własne	Środki PFRON	Razem
	Razem:			

.....
data

.....
*podpisy osób uprawnionych
do reprezentacji Wnioskodawcy*