

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:	

### 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:	
Nr rejestru sądowego:	
Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	
REGON:	
NIP:	
Podstawa działania:	
Sektor finansów:	<input type="checkbox"/> publicznych <input type="checkbox"/> niepublicznych
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

**INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Czy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna:	
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:	<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
<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**

<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
<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

<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
<b>Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:</b>	

**II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA**

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

**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

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

Lp.	Plik
1.	Aktualny wypis z rejestru sądowego lub inny dokument potwierdzający statut prawny wnioskodawcy.
2.	Statut.
3.	Sposób reprezentacji- pełnomocnictwo.
4.	Kopia dokumentu potwierdzającego lub określającego tytuł prawny do lokalu, w którym ma być realizowane zadanie.
5.	Lista osób niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności.
6.	<p>Dokumenty z urzędu skarbowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) dla osób opłacających zryczałtowany podatek – informacja o wysokości opłaty,</li> <li>b) decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków,</li> <li>c) osoby fizyczne – zaświadczenie z urzędu skarbowego o niezaleganiu z podatkami,</li> <li>d) osoby prawne – sprawozdanie finansowe za rok poprzedni oraz zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami.</li> </ul>
7.	<p>W przypadku, gdy podmiot jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) przedsiębiorcą,                             <ul style="list-style-type: none"> <li>do wniosku dołącza się                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- informację o pomocy de minimis otrzymanej w danym roku kalendarzowym i dwóch poprzedzających go latach albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie.</li> <li>- informację o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał wnioskodawca w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis.</li> <li>- oświadczenie o zatrudnieniu fachowej kadry do obsługi zadania.</li> <li>- oświadczenie, że Wnioskodawca nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>b) pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej,                             <ul style="list-style-type: none"> <li>do wniosku dołącza się:                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,</li> <li>- informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku,</li> <li>- zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie,</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>