**Data wpływu:**

**Nr sprawy: NP.4103. .2022**

**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:** | * publicznych * 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:** |  Nie  Tak |
| **Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:** |  Nie  Tak |
| **Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:** |  |
| **Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:** |  Nie dotyczy  Nie  Tak |
| **Podstawa prawna:** |  |
| **Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:** |  Nie  Tak |
| **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)?:** |  Nie  Tak |
| **Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:** |  Nie  Tak |
| **Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:** |  Nie  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**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?**

* Nie
* Tak

**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**

**I. PRZEDMIOT WNIOSKU**

**Nazwa zadania:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy**  **realizacji zadania,**  **proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:** |  |
| **Liczba uczestników:** |  |
| **W tym liczba opiekunów:** |  |
| **Liczba osób niepełnosprawnych:** |  |
| **Do lat 18:** |  |
| **Powyżej 18 lat:** |  |
| **Liczba mieszkańców wsi:** |  |
| **PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Planowane miejsce realizacji zadania:** |  |
| **Termin rozpoczęcia:** |  |
| **Przewidywany czas realizacji zadania:** |  |
| **Termin zakończenia:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** | |
| **Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:** |  | |
| **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** | | |

|  |
| --- |
| **LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE** |
| **Lista** |
|  |

|  |
| --- |
| **PODPISANY WNIOSEK** |
| **Plik** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | |
|  |  | |

## WYPEŁNIA PCPR

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów

|  |  |
| --- | --- |
| *Data* | *Podpis pracownika PCPR* |
|  |  |

### Ocena formalna wniosku

 **pozytywna**  **negatywna**

|  |  |
| --- | --- |
| *Data* | *Podpis pracownika PCPR* |
|  |  |

#### Uzasadnienie (w przypadku negatywnej oceny formalnej)

….................................................................

miejscowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

….............................................................................................................................................………………………………….

(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

….............................................................................................................................................………………………………….

(adres wnioskodawcy)

 **jest**  **nie jest**

pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej.

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy* |
|  |  |

Jeżeli wnioskodawca jest ZPCH dołącza do wniosku:

1. potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
2. informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku,
3. informację o pomocy publicznej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

….................................................................

miejscowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

….............................................................................................................................................………………………………….

(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

….............................................................................................................................................………………………………….

(adres wnioskodawcy)

 **jest**  **nie jest**

przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 19 listopada 1999 r. – Prawo o działalności gospodarczej (Dz. U. nr 101, poz. 1178 z późn. zm.).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy* |
|  |  |

Jeżeli wnioskodawca jest przedsiębiorcą należy dołączyć do wniosku informację o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami ustawy o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

….................................................................

miejscowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

….............................................................................................................................................………………………………….

(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

….............................................................................................................................................………………………………….

(adres wnioskodawcy)

 **jest**  **nie jest**

Płatnikiem podatku VAT w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. - o podatku od towarów i usług (Dz. U. nr 54, poz. 535 z późn. zm.).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy* |
|  |  |

….................................................................

miejscowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

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

(data)

…....................................................…...................................................................................................................................................

(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz wobec Urzędu skarbowego.

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *Data, pieczątki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy* |
|  |  |

….................................................................

miejscowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

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

(data)

…....................................................…...................................................................................................................................................

(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

**Posiada następujący rachunek bankowy/rachunki bankowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **1. Nazwa banku** |  |
| Nr rachunku bankowego |  |
| Informacja o ewentualnych obciążeniach |  |
| **2. Nazwa banku** |  |
| Nr rachunku bankowego |  |
| Informacja o ewentualnych obciążeniach |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *Data, pieczątki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy* |
|  |  |