**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:**

**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** |
| **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**

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?**

Nie

Tak

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON  (w ostatnich 3 latach)** | | | | | |
| **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** |
| **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 (wpisać plan przedsięwzięcia)** | | |

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