

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE  
W GORLICACH**

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

Nr sprawy: .....

Data przyjęcia:

**Część A: Dane i informacje o wnioskodawcy**

**1. Nazwa i adres siedziby wnioskodawcy:**

Pełna nazwa: .....

.....

Adres siedziby: .....

Nr telefonu: ..... Nr faxu: .....

**2. Osoba/osoby upoważniona/e do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych  
Wnioskodawcy:**

1) Imię ..... Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Seria i nr dowodu osobistego .....wydany przez .....

Pełniona funkcja .....

podpis: .....  
(pieczęćka imienna)

2) Imię ..... Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Seria i numer dowodu osobistego .....wydany przez .....

Pełniona funkcja .....

podpis: .....  
(pieczęćka imienna)

### 3. Informacja o stanie prawno – finansowym Wnioskodawcy:

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

### 4. Oświadczenia Wnioskodawcy:

Oświadczam, że Wnioskodawca:		
▪ jest płatnikiem podatku VAT:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
▪ jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
▪ jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
▪ jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		Podstawa zwolnienia:
▪ posiada zaległości wobec Funduszu w obowiązkowych wpłatach na rzecz PFRON	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Kwota zaległości:	
▪ posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
▪ w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku uzyskał dofinansowanie ze środków PFRON na podstawie umowy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
▪ w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązywanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE



## Część B: Przedmiot dofinansowania

### 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 dofinansowania*	Miejsce realizacji zadania	Termin	Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON
<b>Razem</b>						

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

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

### Część C: 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) zawierający informacje o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych		
3.	Dokument potwierdzający posiadanie rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach		
4.	Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)		
5.	Oświadczenie czy Wnioskodawca jest płatnikiem podatku VAT		
6.	Zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w roku bieżącym oraz dwóch poprzedzających go latach kalendarzowych lub oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie (dot. podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą, pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej)		

7.	Informacje 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 gospodarczą, pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej)		
8.	Potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej (dot. pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej)		
9.	Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku (dot. pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej)		
10.	Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.		
11.	Szczegółowe informacje o planowanych do realizacji zadaniach w liczbie ..... (załącznik nr 1 do wniosku)		
12.	Dokumenty potwierdzające zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadań.		
13.	Dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie planowanych do realizacji przedsięwzięć w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON		
14.	Inne.....		

#### **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.

#### **OŚWIADCZENIA:**

1. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. kodeks karny (j.t. Dz.U. z 2020r., poz. 1444 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Oświadczam, iż o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować nie później niż w ciągu 14 dni od dnia ich zaistnienia.

.....

Pieczęcie i podpisy osób upoważnionych

.....

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów  
wymienionych we wniosku

.....

(pieczęćka 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. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania  
.....
7. Program i opis zadania .....
8. Przewidywane efekty realizacji zadania:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
9. Czy wnioskodawca do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek poniósł nakłady na realizację planowanego zadania dla osób niepełnosprawnych:

NIE <input type="checkbox"/>	
TAK <input type="checkbox"/>	
Źródło finansowania	Wartość nakładów
Razem:	

**10. Szczegółowy kosztorys planowanego zadania:**

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

**Kosztorys w podziale na źródła finansowania zadania**

Źródła finansowania zadania	w zł	w %
Wnioskowana kwota dofinansowania		
Środki własne*		
Środki pozyskane z innych źródeł *, w tym:		
1) .....		
2) .....		
<b>Razem koszt zadania:</b>		

**\*należy załączyć dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie zadania.**

Dodatkowe informacje, wyjaśnienia .....

.....

**11. Oświadczam, że zostaną zapewnione odpowiednie do potrzeb warunki techniczne i lokalowe niezbędne do realizacji zadania (należy załączyć dokumenty potwierdzające zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania).**

.....

(podpisy osób upoważnionych)