



## POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W GORLICACH

Nr sprawy:

Data wpływu:

### 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 KRS lub innego aktu wewnętrznego są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy

Imię i nazwisko	Funkcja
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 <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
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	
<b>Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:</b>	
<b>Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje:</b>	
<b>Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:</b>	

#### III. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?**

Nie

Tak

#### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

<b>Cel dofinansowania</b> (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	<b>Nr umowy</b>	<b>Data zawarcia</b>	<b>Kwota dofinansowania</b>	<b>Stan rozliczenia</b>	<b>Kwota rozliczona</b>

**Uwaga:** W przypadku składania wniosku w formie papierowej kolejne umowy dotyczące korzystania ze środków PFRON należy wykazać w Załączniku nr 12 do wniosku.

## 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

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<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

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 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:				

Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek – w przypadku poniesienia nakładów należy podać dotychczasowe źródła finansowania.

.....

.....

Pieczęć Wnioskodawcy	Data, pieczęćki imienne i podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

## ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

Lp.	
1.	Aktualny wypis z rejestru sądowego lub inny dokument stanowiący podstawę działania.
2.	Statut (regulamin) zawierający informacje o działalności prowadzonej na rzecz osób niepełnosprawnych - w zakresie określonym art. 7 ust. 1 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
3.	Dokument potwierdzający posiadanie rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach.
4.	Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy osoba reprezentująca Wnioskodawcę nie została wskazana w KRS lub innym dokumencie stanowiącym podstawę działania.
5.	Oświadczenia – na formularzu stanowiącym Załącznik nr 5.
6.	Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku - dotyczy działań Wnioskodawcy podejmowanych na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie określonym art. 7 ust. 1 ustawy o rehabilitacji (...).
7.	Dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.
8.	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).
9.	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)
10.	Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej (dot. pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej)
11.	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)
12.	Informacja o dotychczasowym korzystaniu ze środków PFRON - na formularzu stanowiącym Załącznik nr 12