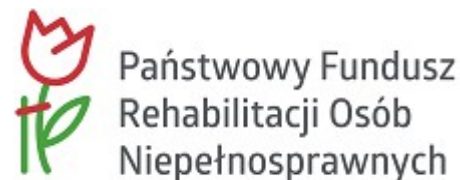


Data wpływu: {DataWyslania}
Nr sprawy: {NumerWnioskuUsn}



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	Wartość
Pełna nazwa Wnioskodawcy:	{Nazwa}
Nr telefonu:	{NumerTelefonu}
Adres e-mail:	{AdresEmail}
Strona internetowa:	{StronaWww}
ADRES SIEDZIBY	
Nazwa pola	Wartość
Województwo:	{AdrWojewodztwo}
Powiat:	{AdrPowiat}
Gmina:	{AdrGmina}
Miejscowość:	{AdrMiejscowosc}
Ulica:	{AdrUlica}
Nr domu:	{AdrNrDomu}
Nr lokalu:	{AdrNrLokalu}
Poczta:	{AdrPoczta}
Kod pocztowy:	{AdrKodPocztowy}

{AdrKorTakiSam} Taki sam jak adres siedziby**ADRES KORESPONDENCYJNY**

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	{AdrKorWojewodztwo}
Powiat:	{AdrKorPowiat}
Gmina:	{AdrKorGmina}
Miejscowość:	{AdrKorMiejscowosc}
Ulica:	{AdrKorUlica}
Nr domu:	{AdrKorNrDomu}
Nr lokalu:	{AdrKorNrLokalu}
Poczta:	{AdrKorPoczta}
Kod pocztowy:	{AdrKorKodPocztowy}

OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

Nazwa pola	Wartość
Imię:	{OsobaImie}
Nazwisko:	{OsobaNazwisko}
Pesel:	{OsobaPesel}
Nr telefonu:	{OsobaNrTelefonu}
Poczta:	{OsobaPoczta}

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
{TabelaOsobyUprawnione}	

II. INFORMACJE DODATKOWE

Nazwa pola	Wartość
Status prawny:	{StatusPrawny}
Nr rejestru sądowego:	{NrRejSadowego}
Data wpisu do rejestru sądowego:	{DataRejSadowego}
Organ założycielski:	{OrganZalozycielski}
REGON:	{Regon}
NIP:	{Nip}
Podstawa działania:	{PodstawaDzialania}
Nazwa banku:	{NazwaBanku}
Nr rachunku bankowego:	{NumerRachunku}

INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Czy Wnioskodawca prowadzi działalność rehabilitacyjną na rzecz osób niepełnosprawnych (dot. osób, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych):	{CbxDzialalnoscN} Nie {CbxDzialalnoscT} Tak
Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:	{CbxVatN} Nie {CbxVatT} Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	{PodstawaPrawnaVat}
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	{CbxVat2ND} Nie dotyczy {CbxVat2N} Nie {CbxVat2T} Tak
Podstawa prawna:	{PodstawaPrawnaVat2}
Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:	{CbxZpchN} Nie {CbxZpchT} Tak
Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:	{CbxDzialGospN} Nie {CbxDzialGospT} Tak
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:	{CbxMinimisN} Nie {CbxMinimisT} 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)?:	{CbxEkstraPomocN} Nie {CbxEkstraPomocT} Tak
--	---

INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Wartość
Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:	{DzialRehData}
Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje:	{LiczbaOsobKadra}
Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:	{KwalifikacjeKadra}

III. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?

{CbxEkstraPomocPfronN} Nie

{CbxEkstraPomocPfronT} 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
{TabelaSrodkiPfron}					
			{PPSumaPrzyznana}		{PPSumaRozliczona}

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa zadania, cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:

{PrzedmiotWniosku}

Nazwa pola	Wartość
Cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:	{CelDofinansowania}
Liczba uczestników:	{LiczbaUczestnikow}
W tym liczba opiekunów:	{LiczbaOpiekunow}
Liczba osób niepełnosprawnych:	{LiczbaOsobNiep}
Do lat 18:	{LiczbaOsobDo18}
Powyżej 18 lat:	{LiczbaOsobPowyzej18}
Liczba mieszkańców wsi:	{LiczbaOsobWies}

PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

Nazwa pola	Wartość
Planowane miejsce realizacji zadania:	{PlanowaneMiejsceRealizacjiZadania}
Termin rozpoczęcia:	{TerminRozpoczecia}
Przewidywany czas realizacji zadania:	{CzasRealizacji}
Termin zakończenia:	{TerminZakonczenia}

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	Wartość
Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:	{PrzewidywaneEfektyRealizacjiZadania}

II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA

Nazwa pola	Wartość
Przewidywany koszt realizacji zadania:	{KosztZadania}
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:	{KwotaDofinansowania}
Słownie:	{KwotaDofinansowaniaSłownie}
Własne środki przeznaczone na realizację zadania:	{SrodkiWlasne}

Inne źródła finansowania ogółem

z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON

Nazwa pola	Wartość
Publiczne:	{KwotaInneZrodlaP}
Niepubliczne:	{KwotaInneZrodlaN}

Harmonogram

{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
{TabelaKosztorys}				
Razem:		{KosztorysSumaCalosc}	{KosztorysSumaWklad}	{KosztorysSumaPfron}
Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:			{KosztorysSumaWkladProc}	{KosztorysSumaPfronProc}

Data i pieczęć wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
{TabelaPliki}	

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
{TabelaUzupelnionePliki}	

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista
{NaborListaZalacznikow}