**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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

### 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** |
| 1. | Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument potwierdzający status prawny **(wymagane tylko w przypadku zmiany danych w rejestrze przedsiębiorców KRS).** |
| 2. | Aktualny statut/regulamin – kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do reprezentacji Wnioskodawcy. |
| 3. | Oświadczenia Wnioskodawcy- załącznik do wniosku. |
| 4. | Kopia pełnomocnictwa do zawierania umów w przypadku organizacji nie posiadającej osobowości prawnej. |
| 5. | Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych. |
| 6. |   |
| 7. |  |

### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |

### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

|  |
| --- |
| **Lista** |
| Oświadczenia Wnioskodawcy |

### PODPISANY WNIOSEK

|  |
| --- |
| **Plik** |
|  |