



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Nr sprawy: PCPR-Or.615.1.

Pieczczęć wpływu wraz z datą wpływu
- wypełnia PCPR

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:	<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 dotyczy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
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
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)?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 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
Razem kwota przyznana				Razem 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
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
Razem:				
Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:		%%
<i>Data i pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy</i>		<i>Data i pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy</i>		

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lp.	Lista

PODPISANY WNIOSEK

Lp.	Plik

UWAGI

WNIOSKODAWCA OBOWIĄZANY JEST DOSTARCZYĆ JAKO ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU:

1. Załącznik nr 1 do wniosku – informacje uzupełniające
2. Załącznik nr 2 do wniosku - oświadczenia wnioskodawcy
3. Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego*
4. Statut*
5. Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania wnioskodawcy*
6. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach*
7. Udokumentowane posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł (na sfinansowanie części nie objętej dofinansowaniem PFRON)*
8. Decyzja nadania Numeru Identyfikacji Podatkowej NIP
9. Zaświadczenie o Numerze Identyfikacji REGON
10. Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed złożeniem wniosku*
11. Lista uczestników zadania – osób niepełnosprawnych biorących udział w zadaniu zamieszkałych na terenie Powiatu Tarnowskiego wraz z podaniem miejscowości zamieszkania, datą ważności orzeczenia – w przypadku realizacji zadania o zasięgu ogólnopowiatowym dopuszcza się dostarczenie listy uczestników zadania wraz z dokumentami rozliczającymi zadanie

W przypadku Wnioskodawcy prowadzącego działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, do wniosku ponadto należy dołączyć:

1. Zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie*
2. Informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis*

W przypadku Wnioskodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej, do wniosku ponadto należy dołączyć:

1. Potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej*
2. Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku*

* - dokument należy złożyć w formie kserokopii potwierdzonej za zgodność przez osoby upoważnione do reprezentacji Wnioskodawcy

Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki – informacje uzupełniające

1. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON *	TAK	NIE
Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON *	TAK	NIE
Kwota zaległości	zł.	

2. Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy	
Opis prowadzonej działalności na rzecz osób niepełnosprawnych / cel działania / znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych	
Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy	
Inne informacje	

3. Informacje o zatrudnieniu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych:

Wnioskodawca zatrudnia ogółem osób (w przeliczeniu na etaty)	etatów		
Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne (w przeliczeniu na etaty)	etatów		
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych	%		
Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji*	zawodowej	lecniczej	społecznej
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)			
w tym :	do lat 18:.....osób	powyżej lat 18:osób	razem:

4. Przedmiot dofinansowania, przeznaczenie dofinansowania

Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie organizacji*	sportu	kultury	rekreacji	turystyki
---	--------	---------	-----------	-----------

5. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania.

--

6. Informacja o zapewnieniu odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych, lokalowych, transportowych koniecznych do realizacji zadania

--

<i>Data i pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy</i>	<i>Data i pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy</i>

Załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki – oświadczenia wnioskodawcy

W związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych

1. **Oświadczam, że** zapewniam odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne, lokalowe, transportowe do realizacji zadania będącego przedmiotem wniosku.
2. **Oświadczam, że** posiadam środki własne i/lub pozyskane z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.
3. **Oświadczam, że** pprowadzę działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.
4. **Oświadczam, że** nie mam zaległości wobec PFRON oraz nie byłem/am, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
5. **Oświadczam, że** zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania.
6. **Oświadczam, że** nie działam w celu osiągnięcia zysku, zgodnie z art. 221 ust. 1 ustawy o finansach publicznych z dnia 27 sierpnia 2009 r.,
7. **Oświadczam, że** dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą. O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w ciągu 14 dni.
8. **Oświadczam, że** w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PCPR przyznającej środki PFRON na podstawie niniejszego wniosku.
9. **Wyrażam** zgodę na umieszczenie i przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1000) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w bazie danych PCPR w Tarnowie w celu realizacji procedury dofinansowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki.
10. **Przyjmuję do wiadomości**, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
11. **Zobowiązuję się** przed zawarciem umowy przedstawić zaktualizowaną informację o pomocy de minimis lub innej pomocy publicznej przeznaczanej na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą otrzymanej po złożeniu wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON – dotyczy podmiotów prowadzących działalność gospodarczą.
12. **Zobowiązuję się** do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kosztem realizacji zadania, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań wynikających z art. 233 § 1 KK „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w §1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.”

data,

.....
pieczęćka i podpis osoby
uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy

.....
pieczęćka i podpis osoby
uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy