

**Powiatowe Centrum Pomocy  
Rodzinie we Wrześni  
ul. Wojska Polskiego 1  
62-300 Września  
tel. 061/640 45 52**

**Numer wniosku .....**

Wniosek przyjęto w PCPR we Wrześni

Pieczęć wnioskodawcy

**WNIOSEK**

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu  
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji  
sportu, kultury, rekreacji i turystyki

**Część A : Informacje o Wnioskodawcy**

**1.Nazwa Wnioskodawcy :** .....

**Adres Wnioskodawcy:**

	-		
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr
Nr tel. : .....		e-mail.....	

**Siedziba Wnioskodawcy (wypełnić jeśli adres jest inny niż wyżej)**

	-		
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr
Nr tel. : .....		e-mail.....	

**2.Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy**

*pieczęćka imienna i podpis*

*pieczęćka imienna i podpis*

**3.Dane osoby uprawnionej do prowadzenia sprawy :**

--

**4. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy :**

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> lokalny <input type="checkbox"/> ogólnopolski
Status prawny:
Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności:
Data wpisu do rejestru sądowego lub do ewidencji:
REGON:
Nr identyfikacyjny NIP:
Nazwa banku:
Nr konta bankowego:

**5. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON**

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (okres ostatnich 3 lat)				Tak : <input type="checkbox"/>	Nie : <input type="checkbox"/>
Nr zawartej umowy z PFRON	Data przyznania dofinansowania	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia

**6. Informacje o zatrudnieniu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych (o ile dotyczy).**

Wnioskodawca zatrudnia ogółem osób (w przeliczeniu na etaty)	.....etatów
Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne w przeliczeniu na etaty	.....etatów
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych (liczba osób zatrudnionych/ liczba zatrudnionych osób niepełnosprawnych)	.....%

**7. Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:**

<input type="checkbox"/> zawodowej	<input type="checkbox"/> leczniczej	<input type="checkbox"/> społecznej	
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)			
tym: w	do lat 18	powyżej lat 18	razem
.....	.....	.....	.....

Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:	
Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy:  cel i teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objęta działalnością, liczba zatrudnionej kadry i jej kwalifikacje, znaczenie działalności dla osób niepełnosprawnych, informacje dodatkowe.	

**Załączniki ( dokumenty ) wymagane do wniosku (wypełnia PCPR)**

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak / nie*	Uzupełniono tak / nie *	Data Uzupełnienia*
1. Aktualny wypis z rejestru sądowego (ważny 3 miesiące)			
2. Statut			
3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)			
4. Informacja o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku (opis działań zrealizowanych na rzecz osób niepełnosprawnych)			
5. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach			
6. Oświadczenie o VAT			
7. Oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy <i>de minimis</i>			
8. Oświadczenie o prowadzeniu Zakładu Pracy Chronionej			

I. W przypadku podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej :

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

Załączono do wniosku tak /nie*	Uzupełniono tak / nie*	Data uzupełnienia*
-----------------------------------	---------------------------	--------------------

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* ( załącznik zgodnie z obowiązującymi przepisami)

Nie dotyczy	Załączono do wniosku tak /nie*	Uzupełniono tak / nie*	Data uzupełnienia*
-------------	-----------------------------------	---------------------------	--------------------

3. Zaktualizowaną informację o pomocy *de minimis* lub innej pomocy publicznej przeznaczonej na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą otrzymanej po złożeniu wniosku o dofinansowanie ze środków Funduszu ( załącznik zgodnie z obowiązującymi przepisami)– dostarczyć przed zawarciem umowy

Załączono do wniosku tak /nie*	Uzupełniono tak / nie*	Data uzupełnienia*
-----------------------------------	---------------------------	--------------------

II. W przypadku pracodawcy prowadzącego Zakład Pracy Chronionej dodatkowo załączniki

1. Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej

Nie dotyczy	Załączono do wniosku tak /nie*	Uzupełniono tak / nie*	Data uzupełnienia*
-------------	-----------------------------------	---------------------------	--------------------

2. Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku

Nie dotyczy	Załączono do wniosku tak /nie*	Uzupełniono tak / nie*	Data uzupełnienia*
-------------	-----------------------------------	---------------------------	--------------------

\*wypełnia pracownik PCPR

Potwierdzam przyjęcie złożonych dokumentów wymienionych w części A wniosku

( pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR, data )

## Część B : Informacje o przedmiocie wniosku

### 1. Przedmiot dofinansowania, cel dofinansowania / nazwa imprezy /

Przewidywany koszt realizacji zadania : / <b>dotyczy osób niepełnosprawnych z powiatu wrzesińskiego</b> .....zł	
1. Deklarowane środki własne .....	zł
2. Inne źródła finansowania ogółem : .....	zł
z tego :	
a).....	zł
b).....	zł
c).....	zł
3. Wnioskowana kwota dofinansowania : .....	zł

Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie organizacji:

- Sportu
- Kultury
- Turystyki
- Rekreacji

### 2. Miejsce realizacji zadania ( imprezy ) :

Pełna nazwa :			
		-	
miejsowość	kod pocztowy		ulica

### 3. Termin rozpoczęcia / przewidywany czas realizacji zadania

--

4. Liczba uczestników:

w tym opiekunów:

Osób niepełnosprawnych do lat 18: ..... powyżej lat 18: .....

Mieszkańców wsi:

5. **Przewidywane efekty realizacji zadania** (należy opisać co zyskają osoby w wyniku realizacji zadania, w jakim stopniu realizacja zadania zmieni ich sytuację):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. **Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Załączniki wymagane do wniosku (wypełnia PCPR) :**

1. Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania – program merytoryczny imprezy

Załączono do wniosku tak /nie*	Uzupełniono tak / nie*	Data uzupełnienia*
-----------------------------------	---------------------------	--------------------

2. Udokumentowanie posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu (umowy, oświadczenia itp. )

Załączono do wniosku tak /nie*	Uzupełniono tak / nie*	Data uzupełnienia*
-----------------------------------	---------------------------	--------------------

3. Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania

Załączono do wniosku tak /nie*	Uzupełniono tak / nie*	Data uzupełnienia*
-----------------------------------	---------------------------	--------------------

4. Imienna lista niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności i miejsca zamieszkania ( nie dotyczy imprez masowych i otwartych)

Załączono do wniosku tak /nie*	Uzupełniono tak / nie*	Data uzupełnienia*
-----------------------------------	---------------------------	--------------------

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 (o ile dotyczy)

Nie dotyczy	Załączono do wniosku tak /nie*	Uzupełniono tak / nie*	Data uzupełnienia*
-------------	-----------------------------------	---------------------------	--------------------

6. Inne załączniki.....  
.....  
.....

\*wypełnia pracownik PCPR

Potwierdzam przyjęcie złożonych dokumentów wymienionych w części B wniosku

( pieczęćka imienna, podpis pracownika PCPR, data )

*We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części A oraz odpowiedniej części B ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”. 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 do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.*

**1. Oświadczamy, że nie posiadamy wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu.**

**2. Oświadczamy, że Stowarzyszenie w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie było stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie Stowarzyszenia**

**3. Oświadczamy, że posiadamy\*/zabezpieczymy\* odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji imprezy.**

**4. Oświadczamy, że uzyskanych z Funduszu środków nie przeznaczy na inny niż określony we wniosku cel.**

**Wyrażamy zgodę na przetwarzanie naszych danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych z późniejszymi zmianami )**

**UWAGA !**

**Wnioski o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na organizację sportu, kultury, rekreacji i turystyki zostaną rozpatrzone po otrzymaniu planu finansowego na dany rok.**

.....  
/ data i podpisy osób uprawnionych  
do reprezentacji Wnioskodawcy/



.....  
/pieczęć Wnioskodawcy/

## OŚWIADCZENIE

Oświadczamy, że .....  
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest .....  
(adres wnioskodawcy)

jest / nie jest\* pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej.

Oświadczamy, że znana jest nam treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....

.....  
/ data i podpisy osób uprawnionych  
do reprezentacji Wnioskodawcy/

Jeżeli wnioskodawca jest ZPCH dołącza do wniosku:

1. potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
2. informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku,
3. informację o pomocy publicznej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
*/pieczęć Wnioskodawcy/*

## OŚWIADCZENIE

Oświadczamy, że .....  
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest .....  
(adres wnioskodawcy)

.....  
jest / nie jest\* przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 19 listopada 1999 r. – Prawo o działalności gospodarczej.

Oświadczamy, że znana jest nam treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....

.....  
*/ data i podpisy osób uprawnionych  
do reprezentacji Wnioskodawcy/*

Jeżeli wnioskodawca jest przedsiębiorcą należy dołączyć do wniosku informację o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami ustawy o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
*/pieczęć Wnioskodawcy/*

## OŚWIADCZENIE

Oświadczamy, że .....  
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest .....  
(adres wnioskodawcy)

.....

jest / nie jest\* płatnikiem VAT w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. – o podatku od towarów i usług.

Oświadczamy, że znana jest nam treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....

.....

*/ data i podpisy osób uprawnionych  
do reprezentacji Wnioskodawcy/*

\* niepotrzebne skreślić

.....  
*/pieczęć Wnioskodawcy/*

## OŚWIADCZENIE

Oświadczamy, iż na dzień .....  
(data)

.....  
(nazwa, adres)

.....  
nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz wobec Urzędu Skarbowego.

Oświadczamy, że znana jest nam treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....

.....

*/ data i podpisy osób uprawnionych  
do reprezentacji Wnioskodawcy/*

.....  
*/pieczęć Wnioskodawcy/*

## OŚWIADCZENIE

Oświadczamy, iż na dzień .....  
(data)

.....  
(nazwa, adres)

.....  
posiada następujący rachunek bankowy:  
nazwa banku.....

nr rachunku bankowego .....

informacja o ewentualnych obciążeniach.....

Oświadczamy, że znana jest nam treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.  
Kodeks Karny o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....

.....

*/ data i podpisy osób uprawnionych  
do reprezentacji Wnioskodawcy/*

.....  
*/pieczęć Wnioskodawcy/*

## OŚWIADCZENIE

Działając w imieniu .....  
(nazwa, adres)  
oświadczamy, że nie korzystaliśmy w bieżącym roku kalendarzowym oraz w poprzednich dwóch latach z pomocy de minimis.

Oświadczamy, że nie jesteśmy przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielenia pomocy.

Oświadczamy, że znana jest nam treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....

.....

*/ data i podpisy osób uprawnionych  
do reprezentacji Wnioskodawcy/*



