

/pieczęć Wnioskodawcy/

Wniosek przyjęto w Powiatowym Centrum Pomocy
Rodzinie w Bartoszycach
w dniu r.
Nr

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób
niepełnosprawnych

Część A: Informacje o Wnioskodawcy

1. Nazwa i adres siedziby Wnioskodawcy

Pełna nazwa:					
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr	Powiat	Województwo
Nr tel. : kierunkowy: tel. :			Nr faxu :		

2. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy:

1. (imię i nazwisko, pełniona funkcja)	2. (imię i nazwisko, pełniona funkcja)
--	--

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

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości

4. Informacje o zatrudnieniu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych:

Wnioskodawca zatrudnia ogółem osób (w przeliczeniu na pełne etaty)	 etatów	
Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne (w przeliczeniu na pełne etaty)	 etatów	
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych	%	
Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:			
<input type="checkbox"/> wodowej	<input type="checkbox"/> leczniczej	<input type="checkbox"/> społecznej	
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie raz w miesiącu)			
w tym:	do lat 18:	powyżej lat 18:	razem:

5. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:

Status prawny		REGON	
Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej		Data wpisu do rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej	
Organ założycielski		Nr identyfikacyjny NIP	
Nazwa banku		Nr konta bankowego	
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT	Tak: <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>
<u>Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy:</u> a) Cel działania, teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne istotne informacje			

b) Liczba osób niepełnosprawnych, które skorzystały ze wsparcia wnioskodawcy (szacunkowo w miesiącu – w okresie ostatnich 2 lat):	
c) Od kiedy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:	Data:
d) Ogólna wartość nakładów poniesionych przez wnioskodawcę na realizację podobnych działań dla osób niepełnosprawnych w ciągu ostatnich dwóch lat do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku:	
e) Z jakich źródeł wnioskodawca finansuje swoją działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:	
f) Z jakiego źródła wnioskodawca sfinansuje wkład własny do realizacji działania o dofinansowanie którego wnioskuje:	

6. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON:				Tak : <input type="checkbox"/>		Nie : <input type="checkbox"/>	
Data i nr zawarcia umowy	kwota	cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło: PFRON; samorząd powiatowy		

Syntetyczny opis efektów przyznanego i wykorzystanego dofinansowania	
--	--

Część B: Informacje o przedmiocie wniosku

7. Nazwa działania/zadania:			
8. Przedmiot wniosku, przeznaczenie i cel dofinansowania:			
9. Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia:			
1	Deklarowane środki własne:		
2	Inne źródła finansowania		Z tego:
a			
b			
c			
3	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: zł. słownie:		
10. Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie zadania o charakterze :			
sportowym <input type="checkbox"/>		rekreacyjnym <input type="checkbox"/>	kulturalnym <input type="checkbox"/>
		turystycznym <input type="checkbox"/>	
w tym:		zakupu sprzętu sportowego <input type="checkbox"/>	
Termin realizacji zadania: i miejsce realizacji:			

			-					
miejsowość	kod pocztowy			ulica		powiat		województwo
Liczba uczestników (ogółem) :								
W tym osób niepełnosprawnych:				do lat 18:		powyżej lat 18:		
Razem osób niepełnosprawnych:				co stanowi% ogólnej liczby uczestników				

11. Główna dysfunkcja uczestników najbardziej utrudniająca funkcjonowanie (jeśli działanie jest skierowane wyłącznie lub głównie do grupy z określoną dysfunkcją, należy wskazać poniżej o jaką dysfunkcję chodzi podając liczbę uczestników):	Liczba osób
Grupa obejmie osoby z różnymi dysfunkcjami	
Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządu słuchu i /lub mowy	
Upośledzenie umysłowe	
Całościowe zaburzenie rozwoju (w tym autyzm, zespół Aspergera)	
Epilepsja	
Choroby psychiczne	
Inne, jakie	
12. Przewidywane efekty działania dla osób niepełnosprawnych i uzasadnienie możliwości ich osiągnięcia	
Wskazanie potrzeb osób niepełnosprawnych, na które planowane działanie ma odpowiedzieć:	
Spodziewany efekt (należy wstawić „ X” we właściwym miejscu i podać wyjaśnienie):	
Większa samodzielność uczestników w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Całkowita samodzielność uczestników w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Zwiększenie możliwości udziału uczestników działań w życiu społecznym poza miejscem zamieszkania rozumianym jako mieszkanie/dom	
Uzasadnienie:.....	
.....	
.....	
.....	

14. Oświadczenia Wnioskodawcy

1. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi imprezy / zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi imprezy.*
2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
3. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie ma zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie był stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie podmiotu, który reprezentuję.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej/kontroli w miejscu realizacji zadania oraz na rejestrację i utrwalanie przebiegu wizji/kontroli (m.in. poprzez sporządzanie nagrań, fotografii lub filmów).
5. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie zalega z opłatami z tytułu zobowiązań podatkowych.
6. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie zalega z płatnościami składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.
7. Na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/676/RODO/ 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 (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016 r.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bartoszczach
8. Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bartoszczach w terminie 14 dni.

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są prawdziwe.

*niepotrzebne skreślić

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wnioskodawcy)

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wnioskodawcy)

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bartoszczach informuje, że w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek zostanie pozostawiony bez rozpatrzenia.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części **A** oraz 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.

Część C: Załączniki i weryfikacja wniosku**Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:
(wypełnia pracownik PCPR)**

Nazwa załącznika		Załączono do wniosku tak / nie/nie dotyczy	Uzupełniono tak / nie	Data uzupełnienia
1.	Aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej /ważny 3 miesiące/			
2.	Statut			
3.	Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres, co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku			
4.	Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)			
5.	Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach			
6.	Program merytoryczny zadania (nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania, harmonogram) - załącznik nr 1 do wniosku			
7.	Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON			
8.	Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania – załącznik nr 2 do wniosku			
9.	Wykaz sprzętu sportowego- załącznik nr 3 do wniosku			
10.	W przypadku, gdy Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej dołączyć należy: 1)zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu 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			
11.	W przypadku ZPCH dodatkowo: 1) potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej 2) informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku			
12.	Inne dokumenty:			
a				
b				

Karta weryfikacji formalnej wniosku o dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych (wypełnia pracownik instytucji)			
Kryteria oceny formalnej:	Tak	Nie	Adnotacje osoby sprawdzającej
1. Wniosek został złożony w terminie			
2. Wniosek został podpisany przez osobę/y uprawnione do reprezentowania wnioskodawcy			
3. Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych od co najmniej 2 lat			
4. Wnioskodawca ma zaległości względem PFRON lub był w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie podmiotu			
5. Do wniosku załączono wszystkie wymagane załączniki			
Data weryfikacji formalnej wniosku/...../.....r		
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Data weryfikacji formalnej wniosku po uzupełnieniu/...../.....r.		
Wynik weryfikacji formalnej:	Tak/Nie		
Wniosek kompletny			
Wniosek niekompletny, wymaga uzupełnienia			
Wniosek odrzucony z powodu			
Wniosek pozostawiony bez rozpatrzenia w związku z nie uzupełnieniem wniosku w wyznaczonym terminie			
Weryfikacja formalna wniosku	pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna <input type="checkbox"/>		
Pierwsza weryfikacja formalna:		Druga weryfikacja formalna:	
..... (Data, pieczęć i podpis pracownika PCPR przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku)	 (Data, pieczęć i podpis pracownika PCPR przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku)	

/pieczęć Wnioskodawcy/

Załącznik nr 1 do wniosku

data.....

PROGRAM MERYTORYCZNY ZADANIA

.....
(nazwa zadania)

I. Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania

--	--

II. Harmonogram działań planowanych przy realizacji zadania (należy podać terminy rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych działań realizowanych w ramach wnioskowanego zadania w kolejności chronologicznej)

Lp.	Nazwa działania (ilość i liczba działań powinna być zgodna z kosztorysem wydatków związanych z realizacją zadania stanowiącym załącznik nr 2 do wniosku oraz opisem zawartym w pkt I niniejszego programu)	Planowany termin realizacji (od.....r. dor.)	Nazwa podmiotu realizującego poszczególne zadanie
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wnioskodawcy)

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wnioskodawcy)

/pieczęć Wnioskodawcy/

Załącznik nr 2 do wniosku

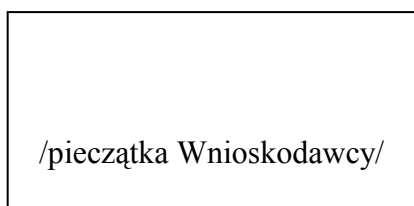
data.....

Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania

Lp.	Nazwa zadania (wykaz zakupów/kosztów wraz z podstawą kalkulacji)	Kwota brutto (w zł)	Środki własne w tym pozyskane z innych źródeł	Nazwa innego źródła finansowania	Wnioskowane środki PFRON
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
	Razem:				
Udział procentowy kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON	 %			
Deklarowany udział procentowy wnioskodawcy w kosztach realizacji zadania	 %			

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wnioskodawcy)

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wnioskodawcy)



Załącznik nr 3 do wniosku

data.....

Wykaz sprzętu sportowego

Lp.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem
			Razem :	

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wnioskodawcy)

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wnioskodawcy)