

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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:	

<p>Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>
<p>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)?:</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>
<p>Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>
<p>Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>

INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<p>Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:</p>	
<p>Charakterystyka działalności Wnioskodawcy – opis prowadzonej działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (cel działania, teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych)</p>	<p>..... </p>
<p>Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje:</p>	
<p>Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:</p>	

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

INFORMACJE O REALIZACJI OBOWIĄZKU WPŁAT NA RZECZ PFRON PRZEZ WNIOSKODAWCĘ

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON	
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Kwota zaległości	
Czy Wnioskodawca w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Nr i data rozwiązanej umowy, przedmiot umowy, przyczyna rozwiązania	

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:	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

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

{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 podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
{Tabela Pliki}	

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
{Tabela UzupełnionePliki}	

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

1. Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej/ważny 3 miesiące
2. Statut
3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)
4. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach
5. Oświadczenie, że Wnioskodawca nie posiada wymaganych zobowiązań wobec PFRON, a także, że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie był stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie.
6. Inne dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych
7. Udokumentowanie posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie części zadania nieobjętej dofinansowaniem PFRON
8. Program merytoryczny przedsięwzięcia – nazwa, miejsce realizacji i szczegółowy zakres
9. Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania
10. Lista uczestników wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności oraz miejsca zamieszkania (nie dotyczy imprez masowych)
11. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym NIP
12. Zaświadczenie o numerze REGON

W przypadku, gdy wnioskodawca jest:

- a)** podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo Przedsiębiorców (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 162 z późn. zm.) – do wniosku należy dołączyć:
- **zaświadczenia** 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,
 - 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,
- b)** pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej – do wniosku należy dołączyć:
- potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
 - informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku,

PODPISANY WNIOSEK

Plik

{PodpisanyWniosek}

Załącznik Nr 1 Oświadczenia do wniosku Sport, kultura, rekreacja i turystyka

1. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania / zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania.*
2. Oświadczam, że posiadam/zapewnię odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania, będącego przedmiotem wniosku.
3. Oświadczam, że prowadzę działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres, co najmniej 2 lat przed złożeniem wniosku.
4. Oświadczam, że podane w niniejszym wniosku informacje są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować niezwłocznie, jednak nie później niż w ciągu 14 dni.
5. Oświadczam, że w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy;
6. Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec PFRON;
7. Oświadczam, że posiadam środki własne lub pozyskane z innych źródeł niż PFRON na sfinansowanie zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON;
8. Oświadczam, że zrealizuję zadanie z zastosowaniem minimalnych wymagań służących zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz.U z 2022 r. poz. 2240), w zakresie określonym w umowie o dofinansowanie.
9. Oświadczam, że nie toczy się w stosunku do Wnioskodawcy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
10. Oświadczam, że zrealizuję zadania dla osób niepełnosprawnych tj. legitymujących się ważnym orzeczeniem o niepełnosprawności.
11. Oświadczam, że dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
12. Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany, że:
Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej z siedzibą przy ul. Staszica 9. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań PCPR w Łęcznej. Przysługują mi prawa do: dostępu do danych osobowych, uzyskania kopii danych, sprostowania danych oraz ograniczenia przetwarzania. Klauzula informacyjna (zgodnie z obowiązkiem informacyjnym wynikającym z art. 13 RODO), jest dostępna w formie papierowej w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej oraz na stronie internetowej www.pcprrleczna.pl w zakładce Nasz PCPR/Ochrona danych osobowych.

Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania podanych danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej.

Zobowiązuję się do udostępnienia niniejszej klauzuli informacyjnej wszystkim osobom, których dane są chronione, a ich podanie było niezbędne do uzyskania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 oraz 297 § 1 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
data i podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy