|  |
| --- |
|  |

Pieczęć Wnioskodawcy

 Data wpływu wniosku: …………………………………….

**NR SPRAWY: ZON.6017………………………**

**W N I O S E K**

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

**Część A: Informacje o Wnioskodawcy:**

1. **Nazwa podmiotu, siedziba i adres:**

|  |
| --- |
| Pełna nazwa:   |
|  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Miejscowość | Kod pocztowy | ulica | nr budynku | nr lokalu |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nr telefonu  |  nr faxu | Imię, nazwisko i numer telefonu osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy w sprawie wniosku | Adres poczty elektronicznej |

1. **Osoby uprawnione do reprezentowania Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych w jego imieniu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Nr dowodu osobistego** | **Nr PESEL** | **Pełniona funkcja** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Status prawny i podstawa działania** |  **REGON** |
|  **Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej** |  **Data wpisu do rejestru sądowego lub do ewidencji** **działalności gospodarczej** |
|  **Organ założycielski** |  **Nr identyfikacji NIP** |
|  **Nazwa banku** |  **Nr konta bankowego** |
| **Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT** | **TAK: ⁭** | **NIE: ⁭** |
| **Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy** |
| **Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy:** |
| **Teren działania:** |  |
| **Opis prowadzonej działalności na rzecz osób niepełnosprawnych:** |  |
| **Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej:** |  |
| **Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością;** |  |
| **Inne formacje:** |  |

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 |  |

1. **Informacje o zatrudnieniu 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 ⁭ leczniczej ⁭ społecznej  |
| Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu): |
| w tym: | do lat 18: | powyżej lat 18: | razem: |

1. **Informacja o korzystaniu ze środków PFRON:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON\* | TAK: ⁭ | NIE: ⁭ |
| Nr i data zawarcia umowy |  Kwota |  Cel | Termin rozliczenia |  Stan rozliczenia | Źródło finansowania: PFRONinne jakie |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  RAZEM: |  |  Razem kwota rozliczona: |  |  |

**Część B: Informacje o przedmiocie wniosku:**

1. **Przedmiot dofinansowania:**

|  |
| --- |
| Nazwa zadania:Organizacja : sportu, kultury, turystyki, rekreacji (niepotrzebne skreślić) |

1. **Miejsce realizacji zadania:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Planowany czas realizacji zadania:**

|  |
| --- |
| Termin rozpoczęcia zadania: |
| Przewidywany czas realizacji zadania: |

1. **Informacje o liczbie uczestników objętych dofinansowaniem:**

|  |
| --- |
| Liczba uczestników zadania ogółem: |
| Liczba niepełnosprawnych uczestników zadania zamieszkałych w Świdnicy: |
| w tym: osób niepełnosprawnych: | do lat 18: | powyżej lat 18: |
| Liczba opiekunów niezbędnych do tego, by dane osoby niepełnosprawne mogły uczestniczyć w realizowanym zadaniu: | Uzasadnienie: |

1. **Cel dofinansowania oraz przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Informacje o zapewnieniu odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych wskazujących na możliwość wykonania zadania:**
2. informacje o zabezpieczeniu pomieszczeń niezbędnych do zrealizowania zadania/zapewnieniu odpowiednich warunków technicznych do realizacji zadania:

|  |
| --- |
|  |

1. informacja o zapewnieniu kadry niezbędnej do właściwego zrealizowania zadania:

|  |
| --- |
|  |

1. **Przewidywany koszt realizacji zadania (szczegółowa specyfikacja wydatków związanych z realizacją zadania):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa wydatku związanego** **z realizacją zadania** | **Ilość sztuk** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość ogółem brutto** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |

1. **Źródła finansowania zadania:**

|  |
| --- |
| Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia: ……………………………………………………………………………………… złWłasne środki przeznaczone na realizację zadania: ……………………………………………………………………………. złInne źródła finansowania ogółem: …………………………………………………………………………………………. zł, z tego:1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..… zł
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. zł

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu: ……………………………………………………….…… złkwota słownie: ………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

1. **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**

|  |
| --- |
|  |

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

1. W ciągu trzech lat przed dniem złożenia wniosku **nie byłam/em\*** stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.
2. **Nie posiadam** zaległości wobec PFRON.
3. **Posiadam** środki własne lub pozyskane z innych źródeł niż PFRON na sfinansowanie zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu.
4. **Prowadzę** działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.
5. **Zapewniam** odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe do realizacji zadania będącego przedmiotem wniosku.
6. **Zapewniam** fachową kadrę do realizacji zadania.
7. **Nie toczy** się w stosunku do Wnioskodawcy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
8. **Uprzedzona/ny\*** o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2, 3 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 roku – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
9. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji wniosku
o dofinansowanie ze środków PFRON. Działając na podstawie art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku (t. j. Dz. U. 2016, poz. 922) o ochronie danych osobowych informujemy, że administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy, ul. Wałbrzyska 15. Osobie składającej wniosek przysługuje prawo do zmieniania, poprawiania i usuwania przekazanych danych osobowych.
10. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w terminie 14 dni od ich zaistnienia.

**Uwaga:**

* Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.
* Wszystkie z załączonych dokumentów należy złożyć w formie kserokopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do reprezentacji Wnioskodawcy.
* Dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, 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.

 …………………………………………………………………………………………………………..

 (data i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy)

**Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku: /wypełnia pracownik PCPR/**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Nazwa załącznika** |  **Załączono** **do wniosku tak/nie** |  **Uzupełniono**  **tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| 1. Aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej |  |  |  |
| 2. Statut |  |  |  |
| 3.Dokumenty poświadczające prowadzenie działalności na 1. rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej

dwóch lat przed złożeniem wniosku **(sprawozdanie** **merytoryczne)**  |  |  |  |
| 4. Nazwa, miejsce, szczegółowy przebieg imprezy, czyli program merytoryczny przedsięwzięcia |  |  |  |
| 5. Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania |  |  |  |
| 6. Sposób reprezentacji **(pełnomocnictwo)** |  |  |  |
| 7. Dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych w wysokości nieobjętej dofinansowaniem **(oświadczenie lub kserokopia wyciągu bankowego,****potwierdzona za zgodność z oryginałem)** |  |  |  |
| 8. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach  |  |  |  |
| **W przypadku Wnioskodawcy prowadzącego działalność gospodarczą:** |
| 1. Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców |  |  |  |
| 2. 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 |  |  |  |
| 3. 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, pomoc de minimis |  |  |  |
| **W przypadku gdy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:** |
| 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 trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku |  |  |  |
| 3. Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku |  |  |  |

Wniosek kompletny:

⁭ Tak ⁭ Nie

|  |
| --- |
|  |

................................................... ........................................................................

 (miejscowość, data) (podpis pracownika przyjmującego wniosek)