

Data wpływu wniosku (dzień, miesiąc, rok)

Nr sprawy:

Data wpływu kompletnego wniosku

W N I O S E K

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

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i 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 rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

część A: Informacje o Wnioskodawcy

1. Nazwa podmiotu, siedziba i adres:

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

2. Dane osób upoważnionych do reprezentowania Wnioskodawcy w sprawie:

.....
Imię i nazwisko oraz funkcja w organie reprezentującym

.....
Imię i nazwisko oraz funkcja w organie reprezentującym

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

5. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:

Czy Wnioskodawca jest płatnikiem podatku Vat	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>

..... Status prawny i podstawa działania Numer REGON
..... Nr rejestru sądowego Data wpisu do rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej
..... Organ założycielski Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP)
..... Nazwa banku Numer rachunku bankowego

6. Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy:

Opis prowadzonej działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (cel działania, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych)	
Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy	
Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy	
Inne informacje (np. liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej)	

7. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu 3 ostatnich lat przed dniem złożenia wniosku			Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Cel przyznania dofinansowania	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia

Część B : Informacje o przedmiocie wniosku

1. Przedmiot dofinansowania, przeznaczenie dofinansowania

Nazwa zadania – przedmiot dofinansowania			
Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie organizacji:	<input type="checkbox"/> sportu	<input type="checkbox"/> kultury	<input type="checkbox"/> rekreacji <input type="checkbox"/> turystyki
Miejsce realizacji zadania (określenie obiektu i adresu, w którym ma być realizowane zadanie)			
Termin i miejsce rozpoczęcia realizacji zadania			
Termin zakończenia realizacji zadania			
Liczba osób niepełnosprawnych z terenu powiatu iławskiego uczestniczących w zadaniu	do lat 18:	powyżej lat 18:	

2. Opis zadania/podejmowane działania:

3. Cel dofinansowania:

4. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:

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. Kosztorys planowanych kosztów realizacji zadania

L.p.	Nazwa wydatku związanego z realizacją zadania	Jm	Ilość jednostek	Cena jednostkowa brutto	Wartość ogółem brutto	Źródło finansowania	
						Środki własne	Kwota dofinansowania
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
Razem							

7. Kosztorys ze względu na źródła finansowania zadania

Źródła finansowania zadania	zł
Środki własne przeznaczone na realizację zadania	
Środki finansowe pozyskane z innych źródeł na realizację zadania	a) b) c)
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON (do 60% kosztów przedsięwzięcia)	
Ogółem	

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** zapewnimy odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne, lokalowe, transportowe do realizacji zadania będącego przedmiotem wniosku.
2. **Oświadczam, że** zatrudnimy fachową kadrę do obsługi zadania, a w przypadku braku zobowiązujemy się do jej zatrudnienia.
3. **Oświadczam, że** posiadamy środki własne i/lub pozyskane z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.
4. **Oświadczam, że** prowadziliśmy działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.
5. **Oświadczam, że** nie posiadamy wymagalnych zobowiązań wobec Powiatu Iławskiego.
6. **Oświadczam, że** nie posiadamy zaległości wobec PFRON oraz nie byliśmy, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po naszej stronie.
7. **Oświadczam, że** nie działamy w celu osiągnięcia zysku, zgodnie z art. 221 ust. 1 ustawy o finansach publicznych z dnia 27 sierpnia 2009 r.
8. **Oświadczam, że** kosztorys planowanych kosztów realizacji zadania został przygotowany po wcześniejszym rozeznaniu rynku lokalnego i wybraniu najkorzystniejszych ofert.
9. **Oświadczam, że** dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą. O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązujemy się poinformować PCPR w ciągu 14 dni.
10. **Wyrażam zgodę** na zbieranie, utrwalanie, przechowywanie i przetwarzanie danych osobowych przez administratora danych tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Iławie niezbędnych do realizacji zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.
11. **Przyjmuję do wiadomości, że** dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
12. **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.

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 do lat 3”.

§ 1. Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi - kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto wbrew ciążącemu obowiązkowi, nie powiadamia właściwego podmiotu o powstaniu sytuacji mogącej mieć wpływ na wstrzymanie albo ograniczenie wysokości udzielonego wsparcia finansowego, określonego w § 1, lub zamówienia publicznego albo na możliwość dalszego korzystania z instrumentu płatniczego.

§ 3. Nie podlega karze, kto przed wszczęciem postępowania karnego dobrowolnie zapobiegł wykorzystaniu wsparcia finansowego lub instrumentu płatniczego, określonych w § 1, zrezygnował z dotacji lub zamówienia publicznego albo zaspokoił roszczenia pokrzywdzonego. (art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny).

data,

.....
**pieczętka i podpis osoby
uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy**

.....
**pieczętka i podpis osoby
uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy**

Część C: Załączniki wymagane do wniosku (wypełnia PCPR)

(dokumenty należy złożyć w formie kserokopii potwierdzonej za zgodność przez osoby upoważnione do reprezentacji Wnioskodawcy)

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku	Data uzupełnienia
Aktualny wypis z Krajowego rejestru sądowego .	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Statut	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez pełnomocnika reprezentującego wnioskodawcę	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Dokument potwierdzający posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Dokumenty potwierdzające zapewnienie warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	

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

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.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
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.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	

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

Potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymaganych do wniosku

.....
Data, pieczętka i podpis pracownika PCPR

WYPEŁNIA PCPR

Decyzja o przyznaniu dofinansowania

Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Iławie rozpatrzył wniosek pozytywnie/negatywnie i przyznaje/nie przyznaje dofinansowanie ze środków PFRON w kwociezł słownie złotych: w ramach dofinansowania organizacji sportu, kultury, turystyki i rekreacji.

.....
data

.....
podpis i pieczęć Dyrektora PCPR