

.....
Nr kolejny wniosku

.....
data wpływu wniosku

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób
niepełnosprawnych

DANE WNIOSKODAWCY

Nazwa.....

Adres siedziby.....

Numer telefonu

Adres e-mail:

NIP.....

REGON.....

Status prawny i podstawa działania.....

Płatnik VAT: TAK/NIE (proszę zakreślić właściwą odpowiedź)

Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań:

imię i nazwisko, funkcja.....

imię i nazwisko, funkcja.....

Informacja o działaniach wnioskodawcy na rzecz osób niepełnosprawnych i źródłach ich finansowania

Krótki opis zakresu działania wnioskodawcy na rzecz osób niepełnosprawnych w okresie 2 lat poprzedzających termin złożenia wniosku z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności podopiecznych - ON	
Liczba osób niepełnosprawnych, które skorzystały ze wsparcia wnioskodawcy (szacunkowo średnio w miesiącu w okresie ostatnich 2 lat)	
Od kiedy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych	Data:
Jaka jest ogólna wartość nakładów poniesionych przez wnioskodawcę na realizację podobnych działań dla osób niepełnosprawnych w ciągu dwóch lat od końca miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku	
Z jakich źródeł wnioskodawca finansuje swoją działalność na rzecz osób niepełnosprawnych?	
Z jakiego źródła wnioskodawca sfinansuje wkład własny do realizacji działania, o dofinansowanie którego wnioskuje?	

Dotychczasowe korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Czy wnioskodawca korzystał z dofinansowania PFRON w przyszłości TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)				
Data przyznania dofinansowania	Numer zawartej umowy	Cel	Kwota	Stan rozliczenia

Informacja o numerze rachunku bankowego wnioskodawcy:

.....

PLANOWANE DZIAŁANIA NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W ROKU, KTÓRYCH DOTYCZY WNIOSEK

Zakres planowanych działań (zaznaczyć właściwe wstawiając x):

sport	
rekreacja	
kultura	
turystyka	

Informacja o planowanym działaniu

Nazwa działania.....

Planowana liczba uczestników.....

Grupa wiekowa uczestników (podać liczbę):

Przedział wiekowy	Liczba uczestników działania
do 18 r.ż.	
między 19 a 60 r. ż.	
po 60 r..ż	

Główna dysfunkcja uczestników najbardziej utrudniająca funkcjonowanie

Przedział	Liczba osób
Grupa obejmie osoby z różnymi dysfunkcjami	
Jeśli działanie jest skierowane wyłącznie lub głównie do grupy z określoną dysfunkcją, proszę wskazać poniżej o jaką dysfunkcję chodzi podając liczbę uczestników	
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 itd.)	
Epilepsja	

Opis planowanego działania (proszę opisać działanie, które wnioskodawca planuje zrealizować dla osób niepełnosprawnych)

Miejsce realizacji:

Termin realizacji:

Program:

Przewidywane efekty realizacji działania i uzasadnienie możliwości ich osiągnięcia (proszę wstawić X we właściwym miejscu

Wskazanie potrzeb osób niepełnosprawnych, na które planowane działanie ma odpowiadać:	
Spodziewany efekt:	
Zwiększenie możliwości udziału osób niepełnosprawnych w życiu społecznym poza miejscem zamieszkania rozumianym jako mieszkanie/dom <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób udział osób niepełnosprawnych w proponowanych działaniach zwiększy ich szansę na aktywizację społeczną:</i>	
Zwiększenie szans osób niepełnosprawnych na aktywizację zawodową/ na utrzymanie aktywności zawodowej. <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób udział osób niepełnosprawnych w proponowanych działaniach zwiększy ich szansę na aktywizację zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej:</i>	
Inne efekty (proszę określić jakie):	

Informacja o posiadanych zasobach lokalowych i kadrowych umożliwiających realizację planowanego działania:

Informacje o pomieszczeniach niezbędnych do właściwego wykonania zadania:	
Informacje o kadrze niezbędnej do właściwego wykonania działania (w szczególności wykazanie doświadczenia i kwalifikacji kadry/osób zaangażowanych:	

Planowane koszty działania i sposób ich sfinansowania:

Wykaz zakupów/kosztów (wraz z podstawą kalkulacji)	Kwota brutto w zł
	Razem
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (nie może przekroczyć 60% całkowitego kosztu brutto działania)	
Deklarowany procentowy udział Wnioskodawcy w kosztach przedsięwzięcia	

Uprzedzony 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.

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.

Oświadczam, że podmiot który reprezentuję nie zalega z opłatami z tytułu zobowiązań podatkowych

Oświadczam, że podmiot który reprezentuję nie zalega z płatnościami składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.

Oświadczam, że znane są mi przepisy prawa dotyczące zakresu zadania oraz Zarządzenie nr 1/2018 z dnia 02.01.2018r. Dyrektora PCPR w Miliczu w sprawie ustalenia procedur rozpatrywania wniosków i zasad udzielania dofinansowań ze środków PFRON z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych.

Wyrażam zgodę na udział w ewaluacji celów realizacji zdania.

.....

Data i podpis Wnioskodawcy

Do wniosku należy załączyć:

1. Aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej /ważny 3 miesiące/,
2. Statut,
3. Dotyczy podmiotów prowadzących działalność gospodarczą, rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 584 z późn. zm.):
 - a. zaświadczenie 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,
 - b. 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,
4. Dotyczy zakładów pracy chronionej:
 - a. potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
 - b. informacja o kwocie naliczenia oraz sposobie wykorzystania zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku.

