

pieczętka wpływu wniosku

PCPR 521.

Nr sprawy - wypełnia pracownik PCPR

W N I O S E K

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

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 można poszerzyć opis wpisując w odpowiedniej rubryce „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 A: INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

1. Nazwa i adres Wnioskodawcy

Pełna nazwa:			
Miejscowość		Kod pocztowy	Nr
Powiat	Województwo	Nr tel.	Adres e-mail

2. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych:

Imię i nazwisko	Imię i nazwisko
Funkcja w organie reprezentującym	Funkcja w organie reprezentującym
Nr tel. do kontaktu w sprawie wniosku	Nr tel. do kontaktu w sprawie wniosku

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	zł.	

4. 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"/>

*- właściwe zaznaczyć krzyżykiem „X”

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

5. Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy			
Opis prowadzonej działalności na rzecz osób niepełnosprawnych / cel działania / znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych			
Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy			
Inne informacje			
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością		Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej	
Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych co najmniej w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku:*	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	proszę podać datę od kiedy.....

6. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał wcześniej ze środków PFRON*			TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Cel przyznania dofinansowania	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
Razem kwota przyznana			Razem kwota rozliczona	

*- właściwe zaznaczyć krzyżykiem „X”

7. 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 orzeczoną stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji*		<input type="checkbox"/> zawodowej <input type="checkbox"/> leczniczej <input type="checkbox"/> społecznej	
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)			
w tym :	do lat 18:	osób	powyżej lat 18: osób razem:

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 rozpoczęcia realizacji zadania			
Termin zakończenia realizacji zadania			
Liczba uczestników zadania ogółem	osób	w tym osób niepełnosprawnych:	osób
Razem osób niepełnosprawnych	do lat 18: osób	powyżej lat 18: osób	

2. Opis zadania/podejmowane działania:

--

* - właściwe zaznaczyć krzyżykiem „X”

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. Informacja o zapewnieniu odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych, lokalowych, transportowych koniecznych do realizacji zadania

--

7. Informacja o zapewnieniu wykwalifikowanej kadry niezbędnej do właściwego wykonania zadania

--

8. 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 wnioskowana
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
Razem							

9. 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		
Kwotę dofinansowania ze środków PFRON proszę przekazać na konto nr:		

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** zapewniam odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne, lokalowe, transportowe do realizacji zadania będącego przedmiotem wniosku.
2. **Oświadczam, że** posiadam środki własne i/lub pozyskane z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.
3. **Oświadczam, że** prowadzę działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.
4. **Oświadczam, że** nie mam zaległości wobec PFRON oraz nie byłem/am, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
5. **Oświadczam, że** nie działam w celu osiągnięcia zysku, zgodnie z art. 221 ust. 1 ustawy o finansach publicznych z dnia 27 sierpnia 2009 r.
6. **Oświadczam, że** dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą. O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR **w ciągu 14 dni**.
7. **Wyrażam zgodę** na zbieranie, utrwalanie, przechowywanie i przetwarzanie danych osobowych przez administratora danych tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim niezbędnych do realizacji zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.
8. **Przyjmuję do wiadomości**, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
9. **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: WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

1. Załączniki wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	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 osoby upoważnione do reprezentowania wnioskodawcy*	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach*	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Udokumentowane posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł (na sfinansowanie części nie objętej dofinansowaniem PFRON)*	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed złożeniem wniosku*	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Lista uczestników zadania – osób niepełnosprawnych biorących udział w zadaniu mieszkających na terenie Powiatu Nowomiejskiego lub zobowiązanie Wnioskodawcy do dostarczenia ww. listy w terminie późniejszym wraz z podaniem daty	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Zgoda na przetwarzanie danych osobowych niepełnosprawnych uczestników zadania zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych lub oświadczenie Wnioskodawcy o przechowywaniu ww. zgody w swojej siedzibie	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"/>	

* - dokument należy złożyć w formie kserokopii potwierdzonej za zgodność przez osoby upoważnione do reprezentacji Wnioskodawcy

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części A i B wniosku

.....
data, pieczętka i podpis pracownika PCPR

2. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

Wniosek rozpatrzono pozytywnie / negatywnie* i przyznano / nie przyznano* środki finansowe PFRON w wysokości zł, słownie złotych

.....
w ramach dofinansowania kosztów organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych.

.....
data, pieczętka i podpis Dyrektora PCPR