

.....
pieczętka Wnioskodawcy

.....
data

SPRAWOZDANIE

z realizacji zadania organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych

Należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu sprawozdania 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.

Nazwa zadania

zrealizowanego w terminie od do

W
miejsce realizacji zadania

.....
miejsce realizacji zadania

określonego w umowie nr zawartej w dniu

pomiędzy Dyrektorem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim,
działającym z upoważnienia Starosty Nowomiejskiego,

a

Pełna nazwa Wnioskodawcy, siedziba

Część I. SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE

1. W jakim stopniu planowane cele zostały zrealizowane

--

2. Szczegółowy opis wykonania zadania (zgodnie z planowanymi działaniami określonymi we wniosku i w umowie)

--

3. Ocena efektów dofinansowania

--

4. Informacje o niepełnosprawnych uczestnikach zadania

Ogólna liczba osób niepełnosprawnych z powiatu nowomiejskiego korzystających z dofinansowania , w tym:

- mieszkańcy wsi
- dzieci i młodzież

Część II SPRAWOZDANIE FINANSOWE

1. Całkowity koszt realizacji zadania (w zł)
2. Kwota przyznana ze środków PFRON wg umowy (w zł)
3. Kwota środków faktycznie wykorzystana na realizację zadania (w zł)
4. Kwota środków własnych (w zł)

L.p.	Nr faktury lub rachunku	Data wystawienia	Nazwa wydatku związanego z realizacją zadania	Jm	Ilość jednostek	Cena jednostkowa brutto	Źródło finansowania		
							Wartość ogółem brutto	Srodki własne	Kwota środków PFRON
Razem:									
Co stanowi % wartości całkowitej zadania							%	%	%

Część III. DODATKOWE INFORMACJE

Część IV. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. **Oświadczam, że** od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny Wnioskodawcy.
2. **Oświadczam, że** wszystkie podane w niniejszym sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. **Oświadczam, że** wszystkie kwoty wymienione w zestawieniu faktur (rachunków) zostały faktycznie poniesione.
4. **Oświadczam, że** wszystkie dokumenty finansowe przyjęte do rozliczenia i przedstawione w zestawieniu dokumentów finansowych zostały sprawdzone pod względem merytorycznym, rachunkowym i formalno – prawnym.
5. **Oświadczam, że** opłacono zobowiązania wynikające z przedstawionych w rozliczeniu dokumentów finansowych oraz innych z nimi związanych, wynikających z odrębnych przepisów.
6. **Oświadczam, że** nie uzyskano podczas realizacji zadania żadnych środków trwałych.
7. **Oświadczam, że** posiadam zgodę osób niepełnosprawnych biorących udział w zadaniu objętym dofinansowaniem na przetwarzanie danych osobowych oraz przekazanie ich do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim jako realizatora zadań powiatu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Upředzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań, w związku z przepisem art. 75 § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym sprawozdaniu są zgodne z prawdą.

data,

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

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

Załączniki:

1. Faktury lub kserokopie faktur wystawione na Wnioskodawcę potwierdzające wysokość poniesionych kosztów na realizację zadania
2. Potwierdzenie uiszczenia udziału własnego w realizacji zadania
3. Lista niepełnosprawnych uczestników zadania zamieszkałych na terenie powiatu nowomiejskiego
4.
5.
6.