

(pieczęćka Wnioskodawcy)

Nr sprawy

(wypełnia 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, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr” jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Nazwa i adres Wnioskodawcy: (proszę wypełnić drukowanymi literami)

Pełna nazwa:			
.....			
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr
Nr tel.:		Nr faksu:	

Osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych:

(Pieczęćka imienna:

(Pieczęćka imienna:

Informacje o zatrudnieniu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych:

Wnioskodawca zatrudnia ogółem (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)	do lat 18:
	powyżej lat 18:
	razem:

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	

Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy:		
..... Status prawny REGON	
..... Nr rejestru sądowego Data wpisu do rejestru sądowego	
..... Organ założycielski Nazwa banku	
..... Nr identyfikacji NIP Nr konta bankowego	
Czy wnioskodawca jest płatnikiem VAT	Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Zróżna finansowania działalności Wnioskodawcy:		
Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy: cel działania, teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje		

Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON				Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Dysponent środków PFRON:	
1.					
2.					
3.					
4.					
Przeznaczenie przyznanych środków:					
1.					
2.					
3.					

Syntetyczny opis efektów przyznanego i wykorzystanego dofinansowania	

Informacje o przedmiocie wniosku:

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania /nazwa imprezy/ zakup sprzętu
Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia: zł
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu: zł
kwota słownie:
co stanowi.....% ogólnych kosztów przedsięwzięcia
Udokumentowana informacja o wysokości środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia (bez środków PFRON):
1. Deklarowane środki własne: zł
2. Inne źródła finansowania ogółem: zł , z tego:
..... zł; źródło -.....
..... zł; źródło -.....
..... zł; źródło -.....
..... zł; źródło -.....

Przewidywany efekt realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:

Warunki techniczne i lokalowe /opis/

„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 (art.233§1 k.k. – Ustawa z dn. 6 czerwca 1997 – Dz. U. Nr.88, poz.553 z późn. zm.)

Uprzedzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym oraz, że warunki wcześniej zawartych umów uprawniających do korzystania ze środków PFRON zostały dotrzymane. Oświadczam również, że:

- 1. zatrudniam fachową kadnię do obsługi zadania/zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania.***
 - 2. posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.**
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**
- 3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Pile, Al. Niepodległości 37, dla potrzeb związanych z dofinansowaniem ze środków PFRON.**
 - 4. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.**
 - 5. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania oraz ich usunięcia.**

Wnioskodawcy/

* *niepotrzebne skreśli***Załączniki wymagane do wniosku: / wypełnia PCPR/**

1. Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania – program merytoryczny imprezy	
2. Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON	
3. Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania	
4. Lista niepełnosprawnych uczestników imprezy z wyszczególnieniem stopnia niepełnosprawności (nie dotyczy imprez masowych)	
5. Aktualny wypis z rejestru sądowego /ważny 3 miesiące/	
6. Statut	
7. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)	
8. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach	
9. dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych dłużej niż dwa lata	

Potwierdzam kompletność złożonych

(Piecątka imienna, podpis pracownika, data)

podpis:

Preliminarz sprzętu

Lp.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem	Do weryfikacji / wypełnia PCPR/
Razem:					

.....
/podpis i pieczęć wnioskodawcy/

Załącznik nr 2 do umowy nr

Z dnia.....

Rozliczenie kosztów realizacji zadania

Lp	Zakres szczegółowy realizacji zadania wg umowy	Kwota wg umowy	Wystawca, nr, data f-ry	Treść (nazwa towaru lub usługi)	Kwota brutto	Kwota netto	Termin płatności	Rozliczenie płatności z wyszczególnieniem źródła finansowania
	suma							

Upředzony o odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

- w/w faktury sprawdzono pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym
- faktury dofinansowane przez Starostę opatrzone klauzulą „płatne ze środków PFRON w kwocie”
- zostały uiszczone zobowiązania wynikające z przedstawionych w rozliczeniu dokumentów finansowych.

Rozliczenie sporządzono dnia

Podpis.....

.....
(miejsowość i data)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

.....
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

.....
(adres wnioskodawcy)

jest **nie jest**

przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 19 listopada 1999 r. – Prawo o działalności gospodarczej (Dz. U. nr 101, poz. 1178 z późn. zm.).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

<i>Pieczęć wnioskodawcy</i>	<i>Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy</i>

Jeżeli wnioskodawca jest przedsiębiorcą należy dołączyć do wniosku informację o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami ustawy o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

.....
(miejsowość i data)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

.....
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

.....
(adres wnioskodawcy)

jest **nie jest**

pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej.

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

<i>Pieczęć wnioskodawcy</i>	<i>Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy</i>

Jeżeli wnioskodawca jest ZPCH dołącza do wniosku:

1. potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu pracy chronionej,
2. informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku, Informację o pomocy publicznej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

.....
(miejsowość i data)**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że

.....
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

.....
(adres wnioskodawcy) **jest** **nie jest**

płatnikiem podatku VAT w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. nr 54, poz. 535 z późn. zm.).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

<i>Pieczęć wnioskodawcy</i>	<i>Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy</i>

.....
(miejsowość i data)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

.....
(data)

.....
(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz wobec Urzędu Skarbowego.

<i>Pieczczę wnioskodawcy</i>	<i>Data, pieczętki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy</i>