

Data wpływu:

Nr sprawy: PCPR.641.....2024



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

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

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

**I. DANE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Pełna nazwa Wnioskodawcy:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Strona internetowa:	

**ADRES SIEDZIBY**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Poczta:	
Kod pocztowy:	

taki sam jak adres siedziby

### ADRES KORESPONDENCYJNY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	

### OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY

Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem funkcji jaką pełnią w organizacji, które zgodnie z postanowieniami statutu lub innego aktu wewnętrznego są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy

Imię i nazwisko	PESEL	Funkcja

### II. INFORMACJE DODATKOWE

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Status prawny:	
Nr rejestru sądowego:	
Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	
REGON:	
NIP:	
Podstawa działania:	
Sektor finansów:	<input type="checkbox"/> publicznych <input type="checkbox"/> niepublicznych
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	
INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Czy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna:	
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

<b>Czy wnioskodawca otrzymał pomoc inną niż de minimis (w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis)?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

### INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:</b>	
<b>Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:</b>	
<b>Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:</b>	

### III. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?**

- Nie  
 Tak

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia	Kwota rozliczona

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa zadania:

.....

.....

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:</b>	
<b>Liczba uczestników:</b>	
<b>W tym liczba opiekunów:</b>	
<b>Liczba osób niepełnosprawnych:</b>	
<b>Do lat 18:</b>	
<b>Powyżej 18 lat:</b>	
<b>Liczba mieszkańców wsi:</b>	
PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Planowane miejsce realizacji zadania:</b>	

<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji zadania:</b>	
<b>Termin zakończenia:</b>	

### INFORMACJE DODATKOWE

Zakładane rezultaty zadania (należy opisać co zyskają osoby w wyniku realizacji zadania, w jakim stopniu realizacja zadania zmieni ich sytuację) oraz jak rezultaty te będą badane

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:</b>	

### II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
Słownie:	
<b>Własne środki przeznaczone na realizację zadania:</b>	

#### Inne źródła finansowania ogółem

z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Publiczne:</b>	
<b>Niepubliczne:</b>	



Razem:			
Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:			
<i>Data i pieczęć wnioskodawcy</i>			

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	
1	Aktualny wypis z rejestru sądowego – wydruk informacji z Centralnej Informacji Krajowego Rejestru Sądowego (ekrs.ms.gov.pl), z miesiąca w którym składany jest wniosek lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej.
2	Sposób reprezentacji/pełnomocnictwa (wymagane w przypadku, gdy upoważnienie do reprezentacji Wnioskodawcy w sprawie nie wynika z odpisu Krajowego Rejestru Sądowego)
3	Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.
4	Kserokopia statutu organizacji potwierdzona za zgodność z oryginałem.
5	Wypełnione oświadczenie w sprawie przyznania Wnioskodawcy statusu zakładu pracy chronionej stanowiący załącznik nr 1
6	Wypełnione oświadczenie czy Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą stanowiący załącznik nr 2.
7	Wypełnione oświadczenie czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT stanowiący załącznik nr 3.
8	Wypełnione oświadczenie stanowiące załącznik nr 4.
9	Wypełnione oświadczenie o zapewnieniu przez Wnioskodawcę odpowiednich warunków technicznych i lokalowych stanowiące załącznik nr 5.
10	Wypełnione oświadczenie stanowiące załącznik nr 6.
11	Udokumentowanie posiadania rachunku bankowego określające jego numer z informacją o ewentualnych obciążeniach konta.
12	Program merytoryczny zadania (nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji)
13	Udokumentowanie posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.
14	Podpisana klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych stanowiąca załącznik nr 7