



**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Puławach**

al. Królewska 3, 24-100 Puławy

tel./fax. 81 888 04 92

NIP 716-229-41-36, REGON 431029926

www.pcpr.pulawy.pl

nr CR.7011.....

.....
pieczęć Wnioskodawcy

.....
pieczęć wpływu
Wniosek kompletny przyjęto w PCPR w Puławach w dniu
.....

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

Część A: Dane i informacje o Wnioskodawcy

I. Nazwa i adres siedziby Wnioskodawcy:

..... pełna nazwa Wnioskodawcy					
..... miejsowość kod pocztowy ulica nr powiat województwo
nr telefonu			NIP.....		
nr fax			REGON		
Status prawny:			Podstawa prawna działania:		
Nr KRS:			Data wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego:		
Nr konta bankowego oraz nazwa banku:					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Czy Wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą ¹⁾			Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>	
Czy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej			Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>	
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT			Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>	

¹⁾ w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1829 z późn. zm.)

II. Dane osoby/osób upoważnionej/yh do reprezentowania Wnioskodawcy w sprawie:

Imię i nazwisko	Funkcja

III. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	Tak: <input type="checkbox"/> data ostatniej wpłaty:	Nie: <input type="checkbox"/>
Proszę podać podstawę prawną zwolnienia od wpłat na rzecz PFRON	
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości zł.	

Czy Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu, lub w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy:	Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca otrzymał ze środków PFRON dofinansowanie na realizację wnioskowanego zadania w ramach innego programu, w szczególności z tytułu dofinansowania zadań zleconych przez Fundusz na podst. art. 36 ustawy o rehabilitacji (...):	Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>

IV. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON w ciągu ostatnich trzech lat:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON				Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Numer umowy	Data	Kwota dofinansowania według umowy	Cel	Kwota dofinansowania wykorzystana	

V. Informacja o zatrudnianiu 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 orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:		
zawodowej Tak <input type="checkbox"/> /Nie <input type="checkbox"/>	lecniczej Tak <input type="checkbox"/> /Nie <input type="checkbox"/>	społecznej Tak <input type="checkbox"/> /Nie <input type="checkbox"/>
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu):		
w tym : do lat 18 powyżej lat 18		

VI. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy:	
Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:	
Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy: cel działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej oraz kwalifikacje rehabilitantów i techników, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych, inne informacje	

Pouczenie:

1. W przypadku podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą dofinansowanie jest udzielane jako pomoc de minimis zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str.1).
2. Pomoc, o której mowa w pkt 1 nie może być udzielona, jeżeli podmiot otrzymał pomoc inną niż de minimis w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą lub tego samego projektu inwestycyjnego, a łączna kwota pomocy spowodowałaby przekroczenie dopuszczalnej intensywności pomocy.
3. Podstawą zakwalifikowania pomocy jako pomocy de minimis jest zaświadczenie wydane przez starostę (prezydenta miasta na prawach powiatu) na podstawie odrębnych przepisów.
4. Podmiot prowadzący działalność gospodarczą, przed zawarciem umowy przedstawia 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.

Część B: Informacje o przedmiocie wniosku

1. Przedmiot dofinansowania (nazwa zadania):

2. Cel dofinansowania (przeznaczenie dofinansowania) – nazwa i charakter przedsięwzięcia z zakresu organizowania sportu, kultury, rekreacji lub turystyki

.....

Miejsce realizacji zadania:

.....
.....

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

Liczba uczestników (ogółem) których udział ma być objęty dofinansowaniem: w tym:

w tym osób niepełnosprawnych:	do lat 18:	powyżej lat 18:
-------------------------------------	------------------	-----------------------

Razem osób niepełnosprawnych:

Przewidywany koszt realizacji zadania: zł
(słownie:.....)

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszuzł
(słownie)
tj.% przewidywanego kosztu

1. środki własne (udokumentowane): zł

2. inne źródła finansowania zadania (udokumentowane: środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje):zł

3. ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania: zł

3. Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. **Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.**
6. **Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie danych osobowych zawartych w treści wniosku i dołączonych dokumentów, w bazie PCPR w Puławach dla potrzeb niezbędnych przy realizacji wniosku, zgodnie z treścią:**
- ustawy z dn. 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 poz. 2046 z późn. zm.),
 - ustawy z dn. 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1769 z późn. zm.),
 - ustawy z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922),
 - rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (Dz. U. z 2015 r. poz. 926 z późn.zm.).

.....
data, podpis i pieczętka imienna osób reprezentujących Wnioskodawcę

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		Wypełnia PCPR	
Aktualny wypis z rejestru sądowego (z okresu do 3 miesięcy przed złożeniem wniosku)	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>	
Statut	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>	
Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy wniosek składany jest przez pełnomocnika	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>	
Nazwa, szczegółowy zakres oraz miejsce i czas realizacji zadania – program merytoryczny zadania	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>	
Udokumentowanie środków własnych lub pochodzących ze źródeł finansowania innych niż PFRON	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>	
Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania – załącznik nr 1 do wniosku	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>	
Udokumentowanie zapewnienia odpowiednich dla potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania. (opis pomieszczeń, środków transportu)	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>	
W przypadku, gdy Wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą:			
Zaświadczenia 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	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>	
Informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką Wnioskodawca 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"/>	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>	
W przypadku, gdy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:			
Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>	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"/>	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>	
Informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał Wnioskodawca 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"/>	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>	

Wniosek opracowano na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON. (Dz. U. z 2015 r., poz. 926 z późn.zm.).

SZCZEGÓŁOWY KOSZTORYS

Kosztorys powinien zawierać: szczegółowe wykazanie kosztów proponowanych do dofinansowania np. wynajem samochodu, wynajem sali, koszty tłumacza języka migowego, wyżywienie, bilety wstępu, ubezpieczenie, koszty noclegu itp.

Organizator:.....

Nazwa imprezy:.....Data realizacji:.....

L.p.	Nazwa kosztów	Jednostki (godziny, sztuki, osoby)	Cena jednostki	Liczba jednostek	Koszt całkowity	Środki PFRON	Środki własne i inne źródła finansowania
1							
2							
3							
4							
5							
Razem:							

.....
data, podpis i pieczęć imienna osób reprezentujących Wnioskodawcę