

Nr sprawy:.....

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON
organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych

CZĘŚĆ A: Dane i informacje o wnioskodawcy

1. Nazwa i adres siedziby wnioskodawcy

Pełna nazwa
dokładny adres: (kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer)
Tel.: Fax:

2. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych wnioskodawcy

Pieczątką imienna i podpis	Pieczątką imienna i podpis
----------------------------	----------------------------

3. Informacje o stanie prawno - finansowym wnioskodawcy

Status Prawny	Regon
Nr rejestru sądowego	Data wpisu do rej. sądowego
Organ założycielski	Nr NIP
Nazwa Banku	Nr konta
Wpis do rejestru zakł. opieki zdrow.	Data wpisu do rej. zoz
Czy jest płatnikiem VAT TAK ☐	NIE ☐

4. Informacja o zatrudnieniu

Ilość zatrudnionych ogółem	etatów
W tym osób niepełnosprawnych	etatów
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych	 %

5. Informacje o realizacji zobowiązań wnioskodawcy wobec PFRON

Czy wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	TAK ☐ NIE ☐
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON	
Czy wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	TAK ☐ NIE ☐
Kwota zaległości	

6. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON i stan rozliczenia

Numer i data umowy	Kwota przyznana	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
RAZEM		Kwota rozliczona - RAZEM		

7. Informacja o posiadanych warunkach lokalowych i technicznych w związku z zadaniem

8. Uczestnicy

Przewidywana liczba uczestników:		
w tym: osób niepełnosprawnych	do lat 18:	powyżej lat 18:
Osoby niepełnosprawne stanowią % ogólnej liczby uczestników		

CZĘŚĆ B: Informacja o zadaniu

1. Nazwa i miejsce realizacji zadania

Pełna nazwa zadania
Adres: (kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer)

2. Rodzaj imprezy

NAZWA IMPREZY	TAK
Impreza integracyjna	
Impreza sportowa	
Impreza kulturalna	
Impreza rekreacyjna	
Impreza turystyczna	

3. Koszt zadania

Koszt ogólny
Deklarowane środki własne: (co najmniej %)
Inne źródła finansowania ogółem
Wnioskowana kwota dofinansowania: Co stanowi % kosztów ogólnych

4. Planowany czas realizacji zadania

5. Przewidywane efekty

.....
data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

Załączniki wymagane do wniosku:

NAZWA ZAŁĄCZNIKA		Załączono do wniosku		Data uzupełnienia
		TAK	NIE	
1	Aktualny wypis z rejestru sądowego lub inny dokument potwierdzający status prawny wnioskodawcy			
2	Dokument określający podstawę działania wnioskodawcy			
3	Zaświadczenie bankowe o posiadaniu konta wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach			
4	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			
5	Udokumentowana informacja o korzystaniu ze środków PFRON			
6	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania			
7	Podstawa prawna zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON			
8	W przypadku pracodawcy, prowadzącego ZPCh informacja: - o rodzaju i wielkości pomocy publicznej udzielonej wnioskodawcy w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku - decyzja przyznająca status ZPCh, - o wysokości i sposobie wykorzystania funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku			
9	W przypadku przedsiębiorcy – informacja o rodzaju i wielkości pomocy publicznej udzielonej wnioskodawcy w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku			
10	Informacja o działalności wnioskodawcy (cel i teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, liczba zatrudnionej kadry i jej kwalifikacje)			
11	Informacja o szacunkowej liczbie osób niepełnosprawnych objętych zadaniem, rodzaju ich niepełnosprawności, wieku i miejscu zamieszkania (w %)			
12	Dokumenty i zaświadczenia potwierdzające zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania			
13	Szczegółowy preliminarz kosztów zadania			

UWAGI:

- o dacie wpływu wniosku decyduje data wpływu kompletnego wniosku do naszej siedziby wraz z wymaganymi załącznikami
- od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie

Wypełnia PCPR	
..... Data wpływu wniosku do PCPR	 pieczęć PCPR i podpis pracownika