**Data wpływu: **

**Nr sprawy:**

**WNIOSEK**

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

|  |
| --- |
| **Część A – DANE WNIOSKOWAWCY** |

|  |  |
| --- | --- |
| **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** | |
| Województwo: |  | |
| Powiat: |  | |
| Gmina: |  | |
| Miejscowość: |  | |
| Ulica: |  | |
| Nr budynku: |  | |
| Nr lokalu: |  | |
| Poczta: |  | |
| Kod pocztowy: |  | |
| **OSOBA SKŁADAJACA WNIOSEK** | | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** | |
| Imię: |  | |
| Nazwisko: |  | |
| Pesel: |  | |
| Nr telefonu: |  | |
| Poczta: |  | |
| **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: | □ publicznych  □ niepublicznych |
| Nazwa banku: |  |
| Nr rachunku bankowego: |  |
| **INFORMACJA O DZIAŁALNOSCI WNIOSKODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| Czy Wnioskodawca prowadzi działalność rehabilitacyjną na rzecz osób niepełnosprawnych (dot. osób, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych): | □ Nie □ Tak |
| Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT: | □ Nie □ Tak |
| Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT: |  |
| Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony: | □ Nie dotyczy □ Nie □ Tak |
| Podstawa prawna: |  |
| Czy Wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?: | □ Nie □ Tak |
| Czy Wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?: | □ Nie □ Tak |
| Czy Wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?: | □ Nie □ Tak |
| 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)?: | □ Nie □ Tak |
| **INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych: |  |
| Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje: |  |
| Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych; |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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, cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania: | | | | |
| **Nazwa pola** | | **Do uzupełnienia** | | |
| Cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania: | |  | | |
| Liczba uczestników: | |  | | |
| W tym liczba opiekunów: | |  | | |
| Liczba osób niepełnosprawnych: | |  | | |
| Do lat 18: | |  | | |
| Powyżej 18 lat: | |  | | |
| Liczba mieszkańców wsi: | |  | | |
| **PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA** | | | | |
| **Nazwa pola** | | **Do uzupełnienia** | | |
| Planowane miejsce realizacji zadania: | |  | | |
| Termin rozpoczęcia: | |  | | |
| Przewidywany czas realizacji zadania: | |  | | |
| Termin zakończenia: | |  | | |
| **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** | | |
| Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych: | |  | | |
| **II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA** | | | | |
| **Nazwa pola** | | **Do uzupełnienia** | | |
| Przewidywany koszt realizacji zadania: | |  | | |
| Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: | |  | | |
| Słownie: | |  | | |
| Własne środki przeznaczone na realizację zadania: | |  | | |
| **Inne źródła finansowania ogółem**  z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON | | | | |
| Nazwa pola | | **Do uzupełnienia** | | |
| Publiczne: | |  | | |
| Niepubliczne: | |  | | |
| **HARMONOGRAM** | | | | |
|  | | | | |
| **III. KOSZTORYS RZECZOWO-FINANSOWY OBEJMUJĄCY RODZAJE KOSZTÓW ZWIAZANYCH Z REALIZACJĄ PRZEDSIĘWZIĘCIA** | | | | |
| **Lp.** | **Zakres rzeczowy wg rodzajów kosztów** | **Zakres finansowy** | | |
| **Całkowita wartość rodzajów kosztów** | **Pozostałe źródła finansowania  (w tym udział własny)** | **Kwota dofinansowania ze środków PFRON** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Razem: | |  |  |  |
| Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia: | | |  |  |

Data i pieczęć wnioskodawcy   
(pieczęć, podpis osoby upoważnionej lub pieczęcie,   
podpisy osób upoważnionych do reprezentowania Wnioskodawcy)

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAŁACZNIKI DO WNIOSKU** | |
| **Lp.** | **Nazwa załącznika** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UZUPEŁNIONE ZAŁACZNIKI DO WNIOSKU** | | |
| **Lp.** | **Nazwa załącznika** | **Data uzupełnienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |