



# POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŚWIDNIKU

21-040 Świdnik, ul. E. Orzeszkowej 4 | tel. 81 751 54 32 | fax. 81 759 17 35

e-mail: kancelaria@pcpr-swidnik.pl | www.pcpr-swidnik.pl

Nr sprawy .....

*/Pieczęć Wnioskodawcy/Wypełnia PCPR/*

## W N I O S E K

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

#### Część A: Informacje o Wnioskodawcy:

##### 1. Nazwa podmiotu, siedziba i adres:

Pełna nazwa:				
Miejscowość	Kod pocztowy	ulica	nr budynku	nr lokalu
nr telefonu	nr fax.			

##### 2. Osoby uprawnione do reprezentowania i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko	Imię i nazwisko
funkcja w organie reprezentującym	funkcja w organie reprezentującym
Numer PESEL:	Numer PESEL:

##### 3. Informacje o stanie praw no - finansowym Wnioskodawcy:

Status prawny i podstawa działania	Organ założycielski
Nr rejestru sądowego	Data wpisu do rejestru sądowego
Nr REGON	Nr identyfikacyjny NIP
Nazwa banku	Nr rachunku bankowego
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT	Tak: Nie:

Czy Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. 2007, nr 155, poz. 1095 i nr 180, poz. 1280)	Tak:	Nie:
Czy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej	Tak:	Nie:

**4. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku:**

Nr i data zawarcia umowy	Kwota Przyznana	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
Razem:		Razem kwota rozliczona:		

**5. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy**

<b>Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy:</b>	
<b>Teren działania:</b>	
<b>Opis prowadzonej działalności na rzecz osób niepełnosprawnych:</b>	
<b>Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej:</b>	
<b>Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością:</b>	
<b>Inne informacje:</b>	

## 6. Załączniki wymagane do wniosku

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		/Wypełnia PCPR/	
1. Dokument stanowiący podstawę prawną funkcjonowania Wnioskodawcy - zaświadczenie o wpisie do ewidencji lub odpis aktualny z rejestru KRS	Tak/Nie		
2. Statut	Tak/Nie		
3. Program merytoryczny planowanego zadania (m. in. nazwa, szczegółowy zakres, miejsce realizacji zadania)	Tak/Nie		
4. Szczegółowy kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania.	Tak/Nie		
5. Pełnomocnictwo - w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania wnioskodawcy	Tak/Nie		
6. Listę osób niepełnosprawnych biorących udział w zadaniu, w przypadku imprez masowych oświadczenie o ilości osób biorących udział w imprezie)	Tak/Nie		
7. W przypadku, gdy Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej dołączyć należy:	Tak/Nie		
1) 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/Nie		
2) Informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką 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/Nie		
3) Oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy	Tak/Nie		
<b>W przypadku Zakładów Pracy Chronionej dodatkowo:</b>			
1. Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej	Tak/Nie		
2. Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku	Tak/Nie		

## Część B: Informacje o przedmiocie wniosku

### 1. Przedmiot dofinansowania:

Nazwa zadania:

Organizacja:

**2. Szczegółowa specyfikacja wydatków związanych z realizacją zadania:**

lp.	Nazwa wydatku związanego z realizacją zadania	Ilość jednostek	cena jednostkowa brutto	Wartość ogółem brutto
1				
2				
3				
4				
5				
6				
<b>Razem:</b>				

**3. Miejsce realizacji zadania**

--

**4. Planowany czas realizacji zadania**

Termin rozpoczęcia zadania:
Przewidywany czas realizacji zadania:

**5. Informacje o liczbie uczestników objętych dofinansowaniem:**

Liczba uczestników zadania ogółem:.....		
Liczba niepełnosprawnych uczestników zadania zamieszkałych na terenie powiatu świdnickiego: .....		
w tym: osób niepełnosprawnych .....	do lat 18:	powyżej lat 18:
Co stanowi ..... % ogólnej liczby uczestników		
Liczba opiekunów niezbędnych do tego, by dane osoby niepełnosprawne mogły uczestniczyć w realizowanym zadaniu:	uzasadnienie:	

**6. Cel dofinansowania oraz przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:**

--

## 7. Informacje o zapewnieniu odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych wskazujących na możliwość wykonania zadania

a) informacje o zabezpieczeniu pomieszczeń niezbędnych do zrealizowania zadania / zapewnieniu odpowiednich warunków technicznych do realizacji zadania

b) informacja o zapewnieniu kadry niezbędnej do właściwego zrealizowania zadania

## 8. Koszt przedsięwzięcia

Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia: ..... zł

Własne środki przeznaczone na realizację zadania: ..... zł

Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje) ..... zł, z tego:

a) przyrzeczone przez sponsora – ..... zł

b) wolontariat – ..... zł

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu: ..... zł.

Kwota słownie:

## 9. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

## OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

1. W ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku **nie byłem** stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy;
2. **Nie posiadam** zaległości wobec PFRON;
3. **Posiadam** środki własne lub pozyskane z innych źródeł niż PFRON na sfinansowanie zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu;
4. **Prowadzę** działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku;
5. **Zapewniam** odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe do realizacji zadania będącego przedmiotem wniosku;
6. **Zapewniam** fachową kadrę do realizacji zadania;

7. **Nie toczy** się w stosunku do Wnioskodawcy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację;
8. Dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą. **O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

***Upredzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań, w związku z przepisem art. 75 § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.***

.....  
/data i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/

**Uwaga:**

1. Wszystkie z załączonych dokumentów należy złożyć w formie kserokopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do reprezentacji Wnioskodawcy.
2. Dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

*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 .....” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza..*

.....  
/data i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/

**Adnotacja urzędowa**

Wniosek kompletny : tak  nie

Data uzyskania kompletności wniosku

..... 2016 r.

.....

*Data, podpis pracownika PCPR*