

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

CZĘŚĆ A: INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

1. Nazwa i adres Wnioskodawcy:

Pełna nazwa			
Kod	Miejscowość	Ulica	Nr
Nr telefonu	Nr fax	Adres e-mail	

2. Dane osoby/osób uprawnionej-yh do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy zgodnie z KRS lub pełnomocnictwem potwierdzonym stosownym dokumentem:

Lp.	Nazwisko	Imię	Pełniona funkcja
1.			
2.			

3. Dane osoby/osób uprawnionej-yh do prowadzenia sprawy:

Lp.	Nazwisko	Imię	Pełniona funkcja	Telefon kontaktowy
1.				
2.				

4. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy:	Status prawny:
Organ założycielski:	Numer NIP:
REGON:	Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności:
Data wpisu do rejestru sądowego lub do ewidencji:	Nazwa banku:
Nr konta bankowego:	Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT* tak / nie
Czy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej* tak / nie	Czy Wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2017r. poz. 2168 tj. z późn. zm.)* tak / nie

Czy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych (dot. osób, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)*:

tak / nie

Zakres rehabilitacji prowadzonej dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności:	Społeczna* tak / nie	Zawodowa* tak / nie	Lecznicza* tak / nie	Inna* tak / nie (wymienić).....
---	-------------------------	------------------------	-------------------------	---------------------------------------

Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy (wymienić):	
---	--

Ogólna charakterystyka działalności Wnioskodawcy: - cel, zakres działania, - liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, - wymiar/znaczenie prowadzonej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje	
--	--

* właściwe zaznaczyć

5. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON – za rok poprzedzający i bieżący:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON*		Tak		Nie
Numer i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
Razem kwota:		Razem kwota rozliczona:		

* właściwe zaznaczyć

6. Informacja o realizacji przez Wnioskodawcę zobowiązań wobec PFRON

Czy Wnioskodawca ma zaległości wobec PFRON* tak / nie	Jeżeli tak to należy opisać należność oraz kwotę zł
Czy Wnioskodawca był w ciągu trzech lat przed złożeniem Wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy*	tak / nie

CZĘŚĆ B: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

Przedmiot dofinansowania, przeznaczenie dofinansowania (kalkulacja kosztów):

Przedmiot dofinansowania (nazwa zadania):	
Przeznaczenie dofinansowania (wymienić):	
1. Przewidywalny koszt realizacji zadaniazł
2. Deklarowane środki własnezł
3. Inne źródła finansowania ogółem:zł
z tego a)	z tego:.....zł
b).....zł
c).....zł
4. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON (nie więcej niż 60 % przewidywalnego kosztu ogólnego przedsięwzięcia)zł

Miejsce i termin realizacji zadania:

Miejsce realizacji zadania:	Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia:	Przewidywalny czas realizacji przedsięwzięcia
.....

Liczba uczestników (ogółem):
w tym liczba osób niepełnosprawnych będących mieszkańcami Powiatu Nakielskiego:, w tym:
- liczba osób niepełnosprawnych do 18 roku życia
- liczba osób niepełnosprawnych powyżej 18 roku życia

Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku:

Przewidywane efekty:

Czy Wnioskodawca poniósł nakłady na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek (właściwe zaznaczyć):

tak / nie

Jeżeli **tak**, to proszę podać:

- ogólną wartość nakładów:zł

- dotychczasowe źródła finansowania:

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części **A** oraz odpowiedniej części **B** 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.

UWAGA

1. *Wnioski o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych o dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki* należy składać w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie:
 - a) w terminie do dnia 30 listopada roku poprzedzającego realizację zadania;
 - b) właściwym dla miejsca zamieszkania osób niepełnosprawnych objętych wnioskiem o dofinansowanie.
2. Dofinansowanie ze środków PFRON nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
3. *Wnioski o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych o sportu, kultury, rekreacji i turystyki* zostaną rozpatrzone po otrzymaniu planu finansowego na dany rok.
4. Wnioskodawca zobowiązany jest poinformować pisemnie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.

1. Oświadczam, iż Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej dwóch lat przed dniem złożenia wniosku.
2. Oświadczam, iż warunki techniczne i lokalowe związane z realizacją zadania określonego we wniosku są dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych.
3. Świadoma/-y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *kodeks karny* (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 17, z późn. zm.)* oświadczam, że dane umieszczone we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922, z późn. zm.).
Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:
 - a) administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Dąbrowskiego 46, 89-100 Nakło nad Notecią;
 - b) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu związanym z realizacją procedury dotyczącej udzielania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 44, z późn. zm.);
 - c) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania;
 - d) podanie danych jest dobrowolne, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ww. zakresie.
5. Zobowiązuje się do pisemnego poinformowania Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie Nakle nad Notecią o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku w terminie 14 dni od zmiany.

Miejscowość....., dnia.....

..... Pieczęć nagłówkowa Wnioskodawcy Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy
--	--	--

* Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. *kodeks karny*:

§ 1. „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

§ 1a. „Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.”

§ 2. „Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.”

Dokumenty wymagane
do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych sportu, kultury, rekreacji i turystyki

Należy przedłożyć oryginał wymaganych dokumentów (do wglądu) lub prawidłowo uwierzytelnioną przez organ uprawniony kopię.

Lp.	Nazwa dokumentu	Wypełnia pracownik PCPR	
		Załączono do wniosku	Uzupełniono
1.	Aktualny wpis z Krajowego Rejestru Sądowego (ważny 3 miesiące)	tak / nie	tak / nie
2.	Statut	tak / nie	tak / nie
3.	Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)	tak / nie	tak / nie
4.	Udokumentowane posiadanie konta bankowego	tak / nie	tak / nie
5.	Udokumentowane posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu	tak / nie	tak / nie
6.	Udokumentowane zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania	tak / nie	tak / nie
7.	Udokumentowana działalność prowadzona na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku	tak / nie	tak / nie
8.	Program merytoryczny zadania – załącznik nr 1 do wniosku	tak / nie	tak / nie
9.	Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania – załącznik nr 2 do wniosku	tak / nie	tak / nie

Jeżeli Wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2017r. poz. 2168 t.j. z późn. zm.) do wniosku należy dołączyć:

Lp.	Nazwa dokumentu:	Wypełnia pracownik PCPR	
		Załączono do wniosku	Uzupełniono
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	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	tak / nie

Jeżeli Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej do wniosku należy dołączyć:

Lp.	Nazwa dokumentu:	Wypełnia pracownik PCPR	
		Załączono do wniosku	Uzupełniono
1.	Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej	tak / nie	tak / nie
2.	Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku	tak / nie	tak / nie
3.	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	tak / nie
4.	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	tak / nie

.....
(data, pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR)

PROGRAM MERYTORYCZNY ZADANIA

Lp.	Program merytoryczny zadania

Miejscowość....., dnia.....

..... Pieczęć nagłówkowa Wnioskodawcy Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy
--	--	--

KOSZTORYS WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ ZADANIA

Lp.	Rodzaj kosztów	Koszt całkowity w zł
Razem		

Miejscowość....., dnia.....

<p>..... Pieczętka nagłówkowa Wnioskodawcy</p>	<p style="text-align: center;">..... Pieczętka imienna i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy</p>	<p style="text-align: center;">..... Pieczętka imienna i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy</p>
--	---	---