Wniosek numer: Rehabilitacja społeczna – Sport, kultura, rekreacja i turystyka

**Data wpływu:**

**Nr sprawy:**

**WNIOSEK**

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

|  |
| --- |
| **Część A – DANE WNIOSKODAWCY**  |
| **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 domu:**  |   |
| **Nr lokalu:**  |   |
| **Poczta:**  |   |
| **Kod pocztowy:**  |   |
| **OSOBA SKŁADAJĄCA 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**  | **Funkcja**  |
|      |  |
|   |

|  |
| --- |
| Wniosek numer: Rehabilitacja społeczna – Sport, kultura, rekreacja i turystyka **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:**  |   |
| **INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY**  |
| **Nazwa pola**  | **Do uzupełnienia**  |
| **Czy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją 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 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    |
| **Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:**  |  Nie Tak  |
| **Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:**  |  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:**  |   |

1. 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:**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**  |

 

|  |
| --- |
| **LISTA ZAŁĄCZNIKÓW**  |
| **WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW - SPORTU, KULTURY, REKREACJA I TURYSTYKA OSÓB** **NIEPEŁNOSPRAWNYCH** 1. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych oraz oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych uczestników zadania,
2. Oświadczenia wnioskodawcy:

- o braku zobowiązań wobec PFRON, - informacja dotycząca zamieszkania uczestników, - informacja o posiadaniu środków finansowych na koncie bankowym oraz informacja o pokryciu kosztów w chwili braku środków, - informacja o spełnieniu warunków lokalowych dla osób z niepełnosprawnością, - informacja o prowadzeniu bądź nie działalności gospodarczej, 1. Zakres merytoryczny zadania,
2. Szczegółowy preliminarz kosztów,
3. Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego /ważny 3 miesiące/,
4. Statut,
5. Udokumentowane posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł (na sfinansowanie części nie objętej dofinansowaniem PFRON, do każdego zadania),
6. Udokumentowanie posiadania konta bankowego waz z informacją o ewentualnych obciążeniach,
7. Lista uczestników wraz z potwierdzonymi za zgodność z oryginałem kopiami orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkałych na terenie powiatu legionowskiego,
8. Sposób reprezentacji /pełnomocnictwo/ jeśli dotyczy, Potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
9. Pracodawca prowadzący Zakład Pracy Chronionej do wniosku dołącza:
10. *Potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu Zakład Pracy Chronionej*
11. *Informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków Zakładowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych za okres 3 mies. Przed dniem złożenia wniosku*
12. *Informacje o pomocy publicznej udzielonej w okresie 3 kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców.*
 |
|  |