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

**Data wpływu:**

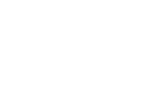
**Nr sprawy:**

**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

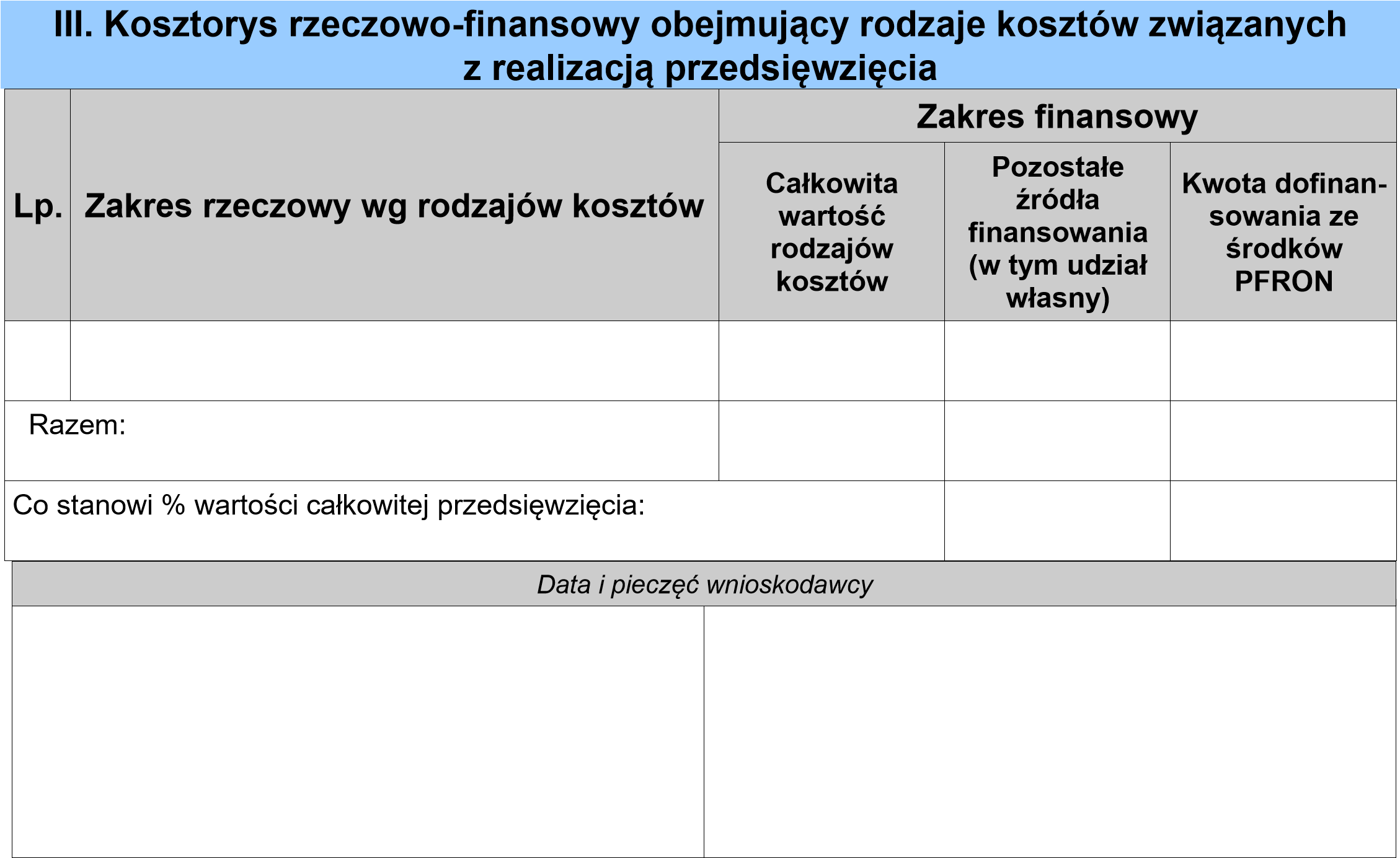
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON** | | | | | |
| **Cel dofinansowania**  (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc) | **Nr umowy** | **Data zawarcia** | **Kwota dofinansowania** | **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.* |
|  |