**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 | Wartość |
| **Pełna nazwa Wnioskodawcy:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Strona internetowa:** |  |

### ADRES SIEDZIBY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |

 **Taki sam jak adres siedziby**

### ADRES KORESPONDENCYJNY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |

### OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **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 |
|  |  |
|  |  |

### II. INFORMACJE DODATKOWE

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Status prawny:** |  |
| **Nr rejestru sądowego:** |  |
| **Data wpisu do rejestru sądowego:** |  |
| **Organ założycielski:** |  |
| **REGON:** |  |
| **NIP:** |  |
| **Podstawa działania:** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |

#### INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **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 | Wartość |
| **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:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **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 | Wartość |
| **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 | Wartość |
| **Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:** |  |

### II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **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 | Wartość |
| **Publiczne:** |  |
| **Niepubliczne:** |  |

### Harmonogram

### III. Kosztorys rzeczowo-finansowy obejmujący rodzaje kosztów związanych 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: |  |  |

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych tzw. RODO, informujemy, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ciechanowie z siedzibą w Ciechanowie przy ul. 17 Stycznia 7, 06-400 Ciechanów, a z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych można skontaktować się poprzez e-mail: iod@pcpr-ciechanow.pl

Pełna wersja Klauzuli informacyjnej dostępna jest na stronie internetowej PCPR w Ciechanowie pod adresem: www.pcpr-ciechanow.pl/pfron/rodo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |
| **Lp.** | **Plik** | **Dołączono do wniosku** | **Uzupełniono** | **Data uzupełnienia** |
| 1. | Aktualny wypis z rejestru sądowego (ważny 3 miesiące) |  |  |  |
| 2. | Statut |  |  |  |
| 3. | Regon |  |  |  |
| 4. | Pełnomocnictwo |  |  |  |
| 5. | Program merytoryczny i efekty przedsięwzięcia |  |  |  |
| 6. | Udokumentowanie posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł w wysokości nie objętej dofinansowaniem ze środków PFRON ( minimum 40% kosztów organizacji przedsięwzięcia) |  |  |  |
| 7. | W przypadku gdy Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej dołączyć należy:1) zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie,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 zwiazana de minimis. |  |  |  |
| 8. | Oświadczenie o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych |  |  |  |
| 9. | Oświadczenie o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec Urzędu Skarbowego |  |  |  |
| 10.  | Oświadczenie o nieposiadaniu zaległości, ani wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych |  |  |  |
| 11. | Inne dokumenty wymagane przez Realizatora |  |  |  |

**CZĘŚĆ D WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..................................................... – WYPEŁNIA PCPR w Ciechanowie**

**1. Weryfikacja formalna**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Warunki weryfikacji formalnej: | Warunki weryfikacji formalnej spełnione (*zaznaczyć właściwe*): | **UWAGI** |
| 1 | Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania do sportu, kultury, rekreacji i turystyki ON |  - tak - nie |  |
| 2 | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w ustawie oraz rozporządzeniu |  - tak - nie |  |
| 3 | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego  |  - tak - nie |  |
| 4 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu |  - tak - nie |  |
| 5 | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach |  - tak - nie |  |
| 6 | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy  |  - tak - nie |  |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | ....................../ ......................../ 20.... r. |
| **Weryfikacja formalna wniosku:**  **pozytywna negatywna** |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie  |  - tak - nie |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia |  - tak - nie |

***pieczątka imienna pracownika PCPR w Ciechanowie dokonującego weryfikacji formalnej wniosku***

 *data, podpis:*

***pieczątka imienna Dyrektora PCPR w Ciechanowie***

 *data, podpis:*

**2. Decyzja dotycząca wniosku**

|  |
| --- |
| DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO SPORTU, KULTURY, REKREACJI I TURYSTYKI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCHpozytywna: negatywna:  |
| **PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):** |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI POZYTYWNEJ**: |
|  **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**: |
| Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania...................20...... r. ................................................................ data podpisy osób podejmujących decyzję  |