Wniosek , 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:** |  |

Strona 1 z 8

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

 **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** |
|  |  |

 |

Strona 2 z 8

Wniosek , 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 |

Strona 3 z 8

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

|  |  |
| --- | --- |
| **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:** |  |

 |

|  |
| --- |
| **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** **dofinan-sowania** | **Stan** **rozliczenia** | **Kwota** **rozliczona** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Strona 4 z 8

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

|  |
| --- |
| **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:** |  |

Strona 5 z 8

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

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

Strona 6 z 8

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

|  |
| --- |
| **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 dofinan-sowania ze** **środków** **PFRON** |
|  |  |  |  |  |
| Razem: |  |  |  |
| Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia: |  |  |

|  |
| --- |
| *Data i pieczęć wnioskodawcy* |
|  |

 |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE** |

|  |
| --- |
| **Lista** |
|  |

|  |
| --- |
| **PODPISANY WNIOSEK** |

|  |
| --- |
| **Plik** |
|  |

Strona 7 z 8

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

Strona 8 z 8