

.....  
/pieczętka wnioskodawcy/

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

### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

#### I. DANE WNIOSKODAWCY

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

#### ADRES SIEDZIBY

Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy, Poczta:	

#### OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko	PESEL

## II. INFORMACJE DODATKOWE

Status prawny:	
Nr rejestru sądowego:	
Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	
REGON:	
NIP:	
Podstawa działania:	
Sektor finansów:	<input type="checkbox"/> publicznych <input type="checkbox"/> niepublicznych
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

## INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

Czy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna:	
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 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)?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

### INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

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:	

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?

- Nie  
 Tak

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

Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie przedsięwzięcia/ imprezy\*:

- Sportowej       Kulturalnej       Turystycznej       Rekreacyjnej

Nazwa zadania:

<b>Cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:</b>	
<b>Liczba uczestników (osoby niepełnosprawne + opiekunowie)</b>	
<b>Liczba opiekunów:</b>	
<b>Liczba osób niepełnosprawnych:</b>	
<b>W tym do lat 18:</b>	
<b>W tym powyżej 18 lat:</b>	
<b>W tym liczba mieszkańców wsi:</b>	
<b>PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA</b>	
<b>Planowane miejsce realizacji zadania:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji zadania:</b>	
<b>Termin zakończenia:</b>	

## INFORMACJE DODATKOWE

**Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:**

## BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA

**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

**Publiczne:**

**Niepubliczne:**

**Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem źródeł finansowania**

## 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:				

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części A oraz części B, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „Dołączono – załącznik nr .....do części.....” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

### OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. Oświadczam, że posiadamy fachową kadrę do obsługi imprezy .
2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe do realizacji przedsięwzięcia.
3. Oświadczam, że posiadam rachunek bankowy bez obciążeń.
4. Oświadczam, że przy korzystaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będę stosował zasady postępowania określone w ustawie prawo zamówień publicznych (t. j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1605).

5. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłem stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie - Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, (t. j. Dz.U. z 2015 r., poz. 926).
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w celu realizacji wniosku i przyznanie oraz rozliczenie dofinansowania na realizację zadania objętego wnioskiem zgodnie z art.6 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1.)
7. Oświadczam, że jestem /nie jestem\* zaliczony do sektora finansów publicznych w rozumieniu przepisów art. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t. j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1270 z późn. zm.).
8. Oświadczam, że jestem świadomy/a/ odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnej z prawdą, wynikającej z Art. 233 § 1, 2 i 3 Kodeksu karnego (t. j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1138 z późn. zm.).
9. Oświadczam, że jestem/ nie jestem\* przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców ( t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 221).
10. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
11. Oświadczam, że posiadam środki finansowe (inne niż PFRON) na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu.
12. **Oświadczam, że uczestnikami zadania są osoby posiadające orzeczenie: o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zamieszkałe na terenie powiatu krakowskiego.**
13. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach zadania oraz, że warunkiem zawarcia umowy jest spełnianie warunków dofinansowania określonych w przepisach prawa także w dniu podpisania umowy.
14. Prawdziwość danych podanych we wniosku o dofinansowanie stwierdzam własnoręcznym podpisem.

*\* niepotrzebne skreślić*

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej do  
reprezentacji Wnioskodawcy)

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej do  
reprezentacji Wnioskodawcy)

.....  
(imię, nazwisko, telefon kontaktowy osoby  
odpowiedzialnej za prowadzenie zadania)

<b>Wykaz załączników (dokumentów) wymaganych do części A i B wniosku - wypełnia pracownik PCPR:</b>		
Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono dnia
Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z centralnej ewidencji działalności gospodarczej /ważny 3 miesiące/		
Statut		
Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)		

**W przypadku gdy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą do wniosku ponadto należy załączyć:**

Zaświadczenia 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		
Informacja 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		

**W przypadku gdy wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej do wniosku ponadto należy załączyć:**

Zaświadczenia 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		
Informacja 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		
Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej – kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy		
Informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku		

**UWAGA! Dokumenty złożone w kserokopii winny być potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez osobę uprawnioną**

.....  
data i podpis pracownika PCPR