**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 rehabilitacyjną na rzecz osób niepełnosprawnych (dot. osób, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu 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 posiada status zakładu pracy chronionej?:** | * Nie  Tak | |
| **Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:** | * Nie  Tak | |

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

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

**I. PRZEDMIOT WNIOSKU**

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

**Nazwa zadania, cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 dofinan- sowania ze środków PFRON** |
|  |  |  |  |  |
| Razem: | |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia: |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** | |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** | |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |

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

*Data i pieczęć wnioskodawcy*