|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data wpływu wniosku | **WNIOSEK O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON SPORTU, KULTURY, REKREACJII TURYSTYKI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH** | Nr sprawy: BZiRON.………................... |

**CZĘŚĆ A**

|  |
| --- |
| A1. DANE I INFORMACJE O WIOSKODAWCY |
| 1. Pełna nazwa Wnioskodawcy |
| 2. Ulica | 3. Numer posesji | 4. Numer lokalu |
| 5. Miejscowość | 6. Kod pocztowy | 7. Gmina |
| 8. Numer telefonu  | 9. Adres e-mail |

|  |
| --- |
| A2. OSOBY UPOWAŻNIONE DO REALIZACJI I ZACIĄGANIA ZOBOWIĄZAŃ FINANSOWYCH WNIOSKODAWCY |
| 10. Pieczątka Wnioskodawcy | 11. Pieczątka imiennaPodpis …………………………………………….. | 12. Pieczątka imiennaPodpis …………………………………………….. |

|  |
| --- |
| A3. INFORMACJE O REALIZACJI OBOWIĄZKU WPŁAT NA RZECZ PFRON PRZEZ WNIOSKODAWCĘ |
| 13. Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na PFRON  TAK NIE  |
| 14. Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON……………………………………………………………………………………………………………………….…….. |
| 15. Czy wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON TAK NIE |
| 16. Kwota zaległości……………………………………………………………………………………………………………………….…….. |

|  |
| --- |
| A4. INFORMACJE O ZATRUDNIENIU I REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH |
| 17. Wnioskodawca zatrudnia ogółem osób (w przeliczeniu na etaty) | ……………………………….etatów |
| 18. Wnioskodawca zatrudnia ogółem osób niepełnosprawnych (w przeliczeniu na etaty) | ……………………………….etatów |
| 19. Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych | ……………………………………..% |
| 20. Wnioskodawca prowadzi działalność w zakresie rehabilitacji leczniczej zawodowej społecznej  |
| 21. Ilość osób objętych działalnością (przeciętnie w miesiącu) | ………………….…… |
| 22. Ilość osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu) |
| a. do 18 lat | b. powyżej 18 lat | c. razem osób niepełnosprawnych |

|  |
| --- |
| A5. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE O WNIOSKODAWCY |
| 23.Zakres terytorialny Wnioskodawcy |
| 24. Status prawny | 25. REGON |
| 26. Numer rejestru sądowego | 27. Data wpisu do rejestru sądowego |
| 28. Organ założycielski |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | - |  |  |  | - |  |  | - |  |  |

29.NIP  |
| 30. Numer konta bankowego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |

 |
| 31. Nazwa banku | 32. Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT TAK NIE  |

|  |
| --- |
| A6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE O WNIOSKODAWCY |
| 33. Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy |
| 34. Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy (cel działania, teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością) |

|  |
| --- |
| A7. INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON (za okres ostatnich 3 lat) |
| 35.Nr i data zawarcia umowy | 36. Kwota | 37.Cel | 38.Termin rozliczenia | 39.Stan rozliczenia | 40. Źródło |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| A8. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU |
| 41. Aktualny wpis z rejestru sądowego  |   TAK NIE |
| 42. Statut |   TAK NIE |
| 43. Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez co najmniej 2 lata |   TAK NIE |
| 44. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwa) |   TAK NIE |
| 45. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach  |   TAK NIE |

**CZĘŚĆ B**

|  |
| --- |
| B. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU (ZADANIA) |
| 46. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania, nazwa imprezy, zakup sprzętu sportowego |

|  |
| --- |
| B1. PRZEWIDYWANY KOSZT ZADANIA  |
| 47. Ogólny koszt zadania | …………………………złotych |
| 48. Deklarowane środki własne | …………………………złotych |
| 49. Inne źródła finansowania ogółem | …………………………złotych |
| 50. z tego |
| a. | …………………………złotych |
| b. | …………………………złotych |
| c. | …………………………złotych |
| 51. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON | …………………………złotych |

|  |
| --- |
| B2. WNIOSKODAWCA UBIEGA SIĘ O DOFINANSOWANIE |
|  Sportu Kultury = Rekreacji Turystyki  |

|  |
| --- |
| B3. TERMIN I MIEJSCE ROZPOCZĘCIA ZADANIA |
| 52. Miejscowość | 53. Kod pocztowy | 54. Gmina |
| 55. Ulica | 56. Numer posesji | 57. Numer lokalu |
| 58. Termin zadania | 59. Liczba uczestników ogółem |
| 60. w tym osób niepełnosprawnych | 61. do 18 lat | 62. powyżej 18 lat |
| 63. Procent osób niepełnosprawnych ogólnej liczby uczestników (poz.59/58\*100%) ………………………………………………% |

|  |
| --- |
| B4. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU |
|  |

|  |
| --- |
| B5. PRZEWIDYWANE EFEKTY |
|  |

|  |
| --- |
| B6. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU |
| 64. Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania – program merytoryczny zadania |  TAK NIE  |
| 65. Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania |  TAK NIE |
| 66. Liczba niepełnosprawnych uczestników zadania wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności(nie dotyczy imprez masowych) |  TAK NIE |
| 67. Oświadczenie o posiadaniu środków własnych na realizację zadania  |  TAK NIE |
| 68. Inne dokumenty |
| a. |  TAK NIE  |
| b. |  TAK NIE |
| c. |  TAK NIE |

|  |
| --- |
| B7. KOSZTORYS (w przypadku braku miejsca w tabeli, kosztorys należy dołączyć jako załącznik) |
| 69. Zadanie | 70. Koszt jednostkowy | 71. Wartość | 72. Udział własny  | 73. Wnioskowana kwota dofinansowania |
| a. |  |  |  |  |
| b. |  |  |  |  |
| c. |  |  |  |  |
| d. |  |  |  |  |
| e. |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| B8. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY |
| * Zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania/zobowiązuje się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania (niepotrzebne skreślić).
* Posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
* Reprezentowana przeze mnie organizacja nie posiada żadnych zobowiązań wobec Skarbu Państwa i posiada środki w części wymaganej niezbędnej do realizacji projektu.
* Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych). Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.) dla potrzeb przyznania pomocy ze środków PFRON. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do podanych danych, ich zmiany oraz wycofania zgody na ich przetwarzanie, a podanie danych nastąpiło dobrowolnie.
 |
| 70.Data | 71. Czytelny podpis osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy  ………………………………………………………………………………………………  |
| * Informujemy, że w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek zostanie przekazany do archiwum bez rozpatrzenia
 |