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

**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 imienna  Podpis …………………………………………….. | 12. Pieczątka imienna  Podpis …………………………………………….. |

|  |
| --- |
| 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 | |