**WNIOSEK**

o dofinansowanie

ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych

UWAGA: Wniosek należy wypełnić czytelnie, stawiając kreski w miejscach, których Wnioskodawca nie wypełnia. W częściach oznaczonych znakiem\* należy pozostawić nie skreśloną właściwą odpowiedź. Wniosek niekompletny lub błędnie wypełniony podlega zwrotowi. W przypadku nieusunięcia braków w ciągu 30 dni od daty zwrotu wniosku, wniosek pozostawiony będzie bez rozpatrzenia.

1. Nazwa Wnioskodawcy: ……………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………...

2. Adres siedziby: ……………………………………………………………………………….

3. Status prawny: ………………………………………………………………………………..

4. Podstawa działania: …………………………………………………………………………..

/podać rodzaj rejestru, w którym wpisany jest Wnioskodawca i nr wpisu/

……………………………………………………………………………………………….......

/należy załączyć aktualny wypis z rejestru, w którym wpisany jest Wnioskodawca – por. pkt 1 Załączników/

5. Numer identyfikacji podatkowej NIP: ……………………………………………………….

6. Osoba(y) upoważniona(y) do prowadzenia sprawy:

…………………………………………………………………………………………………..

/imię i nazwisko, adres/

…………………………………………………………………………………………………..

/należy załączyć dokumenty, z których wynika umocowanie w/w osób doprowadzenia sprawy – por. pkt 2 Załączników/

7. Statutowe cele działania Wnioskodawcy: ……………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

/należy załączyć Statut Wnioskodawcy – por. pkt 3 Załączników/

8. Teren działania: ………………………………………………………………………………

9. Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością Wnioskodawcy: …………………..

…………………………………………………………………………………………………..

10. Specjalistyczna kadra Wnioskodawcy jej kwalifikacje: ……………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

11. Znaczenie działalności Wnioskodawcy na rzecz osób niepełnosprawnych: ………………. …………………………………………………………………………………………….......... …………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………..

12. Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych: ……… ………………………………………………………………………………………………….

13. Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON\* TAK NIE

/jeśli tak należy wypełnić poniższą tabelkę/

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nr umowy | Kwota | Cel umowy | Data przyznania dofinansowania | Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |  |  |

14. Czy wnioskodawca terminowo realizuje zobowiązania wobec Funduszu i nie ma zaległości w tym zakresie?\* TAK NIE

15. Czy Wnioskodawca był stroną umowy zawartej z Funduszem, która została rozwiązana   
z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy?\* TAK NIE

16. Czy Wnioskodawca jest przedsiębiorcą?\* TAK NIE

/jeśli TAK, do wniosku należy załączyć informację o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców – por. pkt 4 Załączników/

17. Czy Wnioskodawca prowadzi zakład pracy chronionej?\* TAK NIE

/jeśli TAK, do wniosku należy załączyć:

- potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej – por. pkt 5 Załączników,

- informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku – por. pkt 6 Załączników/

18. Przeznaczenie dofinansowania:\*

a) organizacja imprezy sportowej,

b) organizacja imprezy kulturalnej,

c) organizacji imprezy rekreacyjnej,

d) organizacja imprezy turystycznej,

Opis zadania: …………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

19. Miejsce realizacji zadania: ………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………….

20. Termin rozpoczęcia realizacji zadania i przewidywany czas jego realizacji: ……………… …………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………….

21. Liczba uczestników ogółem: ………………………………………………………………..

w tym osób niepełnosprawnych:

- powyżej lat 18: ………………………………………………………………………………...

- do lat 18: ……………………………………………………………………………………..

/należy załączyć imienną listę osób niepełnosprawnych uczestniczących w przedsięwzięciu ze wskazaniem ewentualnego stopnia niepełnosprawności – por. pkt 7/

22. Wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek: …………………….; źródła ich finansowania: ……………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

23. Przewidywany koszt realizacji zadania / z wyłączeniem wartości nakładów już poniesionych, określonych w pkt 22/ wynosi: …………………………………………………………………. (słownie: ………………………………………………………………………………………) i obejmuje: …………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. /należy załączyć szczegółowy kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania – por. pkt 8 Załączników/

24. Źródła finansowania kosztów realizacji zadania określonych w pkt 23:

a) środki własne Wnioskodawcy: …………………………. zł, co stanowi ………………% ogólnych kosztów realizacji zadania określonych w pkt 23,

b) wnioskowane środki Funduszu: ………………………… zł, co stanowi ………………% ogólnych kosztów realizacji zadania określonych w pkt 23,

c) inne źródła: ………………………….. zł.

25. Źródła finansowania kosztów realizacji zadania w pkt 24 lit. a), czyli środki własne Wnioskodawcy pochodzą z: ……………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………..…

/powyższa informacja wymaga udokumentowania – por. pkt 9 Załączników/

26. Źródła finansowania kosztów realizacji zadania określone w pkt 24 lit c), czyli „inne źródła” pochodzące z : ……………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………. /powyższa informacja wymaga udokumentowania – por. pkt 10 Załączników/

27. Warunki lokalowe i techniczne, jakie zapewnia Wnioskodawca, niezbędne do realizacji zadania, odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych: …………………………………... …………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………….

/powyższa informacja wymaga udokumentowania – por. pkt 11 Załączników/

28. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych: ……………………. …………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………..…………………… ………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

29. Nazwa banku prowadzącego rachunek bankowy Wnioskodawcy i numer konta: ………… …………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………….

/należy załączyć zaświadczenie Banku prowadzącego obsługę konta Wnioskodawcy określające jego numer z informacją   
o ewentualnych obciążeniach konta – por. pkt 12 Załączników/

*\* niepotrzebne skreślić*

Podpis Wnioskodawcy

..…………………………………………..

ZAŁĄCZNIKI

DO WNIOSKU PRZEDKŁADANE PRZEZ WNIOSKODAWCĘ \*

1/ wypis z rejestru / sądowego, ewidencji działalności gospodarczej, itp./,

2/ dokumenty świadczące o umocowaniu osób określonych w pkt 6 wniosku do prowadzenia sprawy / wymienić jakie/: ……………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………….

3/ Status,

4/ informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców,

5/ kopia decyzji w sprawie przyznania Wnioskodawcy statusu zakładu pracy chronionej,

6/ informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku,

7/ imienna lista osób niepełnosprawnych uczestniczących w przedsięwzięciu ze wskazaniem ewentualnego stopnia niepełnosprawności,

8/ szczegółowy kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania,

9/ dokumenty świadczące o źródłach finansowania określonych w pkt 25 /wymienić jakie/:

………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………. 10/ dokumenty świadczące o źródłach finansowania określonych w pkt 26 /wymienić jakie/: …………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………….……………………………………………… …………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………..

11/ dokumenty świadczące o zapewnieniu przez Wnioskodawcę warunków lokalowych.

12/ zaświadczenie z Banku prowadzącego obsługę konta Wnioskodawcy.

**Oświadczenie**

*do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki   
osób niepełnosprawnych*

1. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu ostatnich 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   
   w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (tj. Dz. U. 2015, poz. 926 z późn. zm.)
2. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi przedsięwzięcia/zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi przedsięwzięcia\*
3. Oświadczam, że posiadam/zabezpieczę\* odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe do realizacji przedsięwzięcia.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 roku   
   o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.) przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jędrzejowie.
5. Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającą z art. 233 § 1,2 i 3 Kodeksu karnego.
6. Zobowiązuje się załączać do sprawozdań listę osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Powiatu Jędrzejowskiego biorących udział w zadaniu, wraz ze wskazaniem: stopnia niepełnosprawności, miejscem zamieszkania na miasto/wieś.
7. Zobowiązuje się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jędrzejowie w ciągu 14 dni o każdej zmianie zaistniałej po złożeniu wniosku
8. Prawdziwość danych podanych we wniosku o dofinansowanie stwierdzam własnoręcznym podpisem.

*…………………………………… ………………………………………*

*data podpis Wnioskodawcy*