

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W PABIANICACH

(pieczęćka Wnioskodawcy)

(pieczęćka PCPR)

Nr wniosku.....

Data wpłyńięcia wniosku do PCPR.....

WNIOSEK

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

A. Dane i informacje o Wnioskodawcy

1. Nazwa i adres Wnioskodawcy

Pełna nazwa.....

.....

.....

Adres.....

(gmina, miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr posesji)

.....

Nr tel./nr fax.....

**2. Osoby uprawnione do reprezentacji zaciągania zobowiązań finansowych
Wnioskodawcy:**

(pieczęćka imienna)

Podpis.....

(pieczęćka imienna)

Podpis.....

3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Proszę podać podstawę zwolnienia z opłat na rzecz PFRON	
Czy Wnioskodawca zalega z opłat na rzecz PFRON	Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości	

4. Informacje o stanie prawno-finansowym Wnioskodawcy:

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy:	
Status prawny	Regon
Nr rejestru sądowego	Data wpisu do rejestru sądowego
Organ założycielski	Nr identyfikacji NIP
Nr identyfikacyjny PFRON	Data uzyskania statusu ZPCH
Nr banku	Nr konta bankowego
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>

5. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznania	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło: PFRON/ WOZIRON/Starostwo
c.d.					
Razem:		Razem kwota rozliczona:			-
w tym na rzecz:					

B. dotyczy organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki dofinansowanych ze środków PFRON

dzieci i młodzieży

dorosłych

1. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania.....

2. Szczegółowy zakres rzeczowy zadania.....

3. Planowane miejsce realizacji zadania.....
 (dokładny adres)

Nr tel./fax.....

4. Przewidywane efekty: liczba osób niepełnosprawnych korzystających z efektów zadania, w tym liczba osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności (wypełnić i zakreślić odpowiednie rubryki)

Przewidywane efekty:

5. Kosztorys przedsięwzięcia /zestawienie planów wydatków

Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia:.....

Własne środki przeznaczone na realizację zadania.....

Inne źródła finansowania.....

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON..... zł
słownie.....

6. Termin rozpoczęcia i planowany czas realizacji zadania.....

(czas realizacji proszę określić w miesiącach)

7. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na zadanie będące przedmiotem wniosku poniesionych.....

8. Inne informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku.....

9. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono Tak/nie	data uzupełnienia
		(Wypełnia pracownik PCPR)	
1. aktualny wypis z rejestru sądowego (ważny 3 miesiące)			
2. statut lub umowa spółki			
3. dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnospr. powyżej 2 lat			
4. sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)			
5. udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach			
6. Udokumentowane zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania			
7. oświadczenie wnioskodawcy, że nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec funduszu			
8. wpis do ewidencji działalności gospodarczej			
9. zestawienie przewidywanego całkowitego kosztu przedsięwzięcia wraz z kosztami inwestorskimi			
10. udokumentowanie źródeł finansowania innych niż PFRON			
11 tytuł prawny do budynku, obszaru, lokalu- odpis z KW			
12 dokumentacja projektowa umożliwiająca ocenę realizowanego zadania			
W przypadku Zakładów Pracy Chronionej:			
1. kopia decyzji o nadaniu statusu ZPCH			
2. sprawozdanie F-01 i F-02			
3. kwota naliczenia oraz sprawozdanie z wykorzystania zakładowej funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych- z ostatnich 2 lat			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów .

.....
(pieczęćka imienna pracownika PCPR, data)

Oświadczam, że podane informacje w części A i części B wniosku są zgodne z prawdą

.....
(data i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy)