## **POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W PABIANICACH**

……………………………………… …………………………………………

Pieczątka Wnioskodawcy Pieczątka PCPR

Nr wniosku ................/................

Data wpływu do PCPR w Pabianicach .....................................

## **WNIOSEK**

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

Dane i informacje o Wnioskodawcy

1. Nazwa i adres Wnioskodawcy

Pełna nazwa ................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Adres ...........................................................................................................................................

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

.....................................................................................................................................................

Nr tel./fax ...................................................................................................................................

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

………………………………………… ……………………………………………

Pieczątka imienna i podpis Pieczątka imienna i podpis

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

|  |  |
| --- | --- |
| Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON | * Tak * Nie |
| Proszę podać podstawę zwolnienia z opłat na rzecz PFRON | ......................................... |
| Czy Wnioskodawca zalega z opłatami na rzecz PFRON | * Tak * Nie |
| Kwota zaległości | ........................................... |

1. 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 * NIE |

1. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

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

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 ....................................................................................................................................

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

Przewidywane efekty: ................................................................................................................ ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. 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 .......................................................................................................................................

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

(czas realizacji proszę określić w miesiącach)

.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Inne informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku .............................................

.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. 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) |  |  |  |
| 1. statut lub umowa spółki |  |  |  |
| 1. dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych. powyżej 2 lat |  |  |  |
| 1. sposób reprezentacji (pełnomocnictwo) |  |  |  |
| 1. udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach |  |  |  |
| 1. Udokumentowane zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania |  |  |  |
| 1. oświadczenie wnioskodawcy, że nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec funduszu |  |  |  |
| 1. oświadczenie wnioskodawcy, że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku, nie był stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy |  |  |  |
| 1. wpis do ewidencji działalności gospodarczej |  |  |  |
| 1. zestawienie przewidywanego całkowitego kosztu przedsięwzięcia wraz z kosztami inwestorskimi |  |  |  |
| 1. udokumentowanie źródeł finansowania innych niż PFRON |  |  |  |
| 1. tytuł prawny do budynku, obszaru, lokalu- odpis z KW |  |  |  |
| 1. dokumentacja projektowa umożliwiająca ocenę realizowanego zadania |  |  |  |
| W przypadku Zakładów Pracy Chronionej: | | | |
| 1. kopia decyzji o nadaniu statusu ZPCH |  |  |  |
| 1. sprawozdanie F-01 i F-02 |  |  |  |
| 1. kwota naliczenia oraz sprawozdanie z wykorzystania zakładowej funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych- z ostatnich 2 lat |  |  |  |

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów .

......................................................................

(pieczątka imienna pracownika PCPR, data)

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

............................................. .............................................................................................

(data) (podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy)