

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W PABIANICACH

.....
Pieczęćka Wnioskodawcy

.....
Pieczęćka 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**

A Dane i informacje o Wnioskodawcy

1. Nazwa i adres Wnioskodawcy

Pełna nazwa

Adres

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

Nr tel./fax

2. Osoby uprawnione do reprezentacji zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy:

.....
Pieczęćka imienna i podpis

.....
Pieczęćka imienna i podpis

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

| | |
|---|--|
| Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Proszę podać podstawę zwolnienia z opłat na rzecz PFRON | |
| Czy Wnioskodawca zalega z opłatami na rzecz PFRON | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| 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 | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> NIE |

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 niepełnosprawnych. 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)