

III. Informacje o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych

Wnioskodawca zatrudnia ogółem osób (w przeliczeniu na etaty)etatów	
Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne (w przeliczeniu na etaty)etatów	
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych%	
Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji: (wstawić „X” we właściwej kratce)		
<input type="checkbox"/> zawodowej	<input type="checkbox"/> społecznej	<input type="checkbox"/> leczniczej
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu w stosunku rocznym)		
w tym: do lat 18: powyżej lat 18: razem:		

IV. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę

(wstawić „X” we właściwej kratce)

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości (na dzień złożenia wniosku) zł	

V. Informacje o prowadzonej przez wnioskodawcę działalności na rzecz osób niepełnosprawnych

Cel działania	
Teren działania (nazwa powiatu, nazwa gminy, nazwa województwa)	
Od kiedy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych	
Źródła finansowania działalności wnioskodawcy	
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością	
Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych	

VI. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON (wstawić „X” we właściwej kratce)

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON tak: <input type="checkbox"/> nie: <input type="checkbox"/>				
Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu celowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:	Razem kwota rozliczona:

Część B: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

I. Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie (wstawić „X” we właściwej kratce)

sportu kultury turystyki rekreacji zakupu sprzętu sportowego

Liczba uczestników		
w tym osób niepełnosprawnych:	do lat 18:	powyżej lat 18:
razem osób niepełnosprawnych:	co stanowi% ogólnej liczby uczestników	

II. Przedmiot i cel dofinansowania

.....

III. Miejsce realizacji zadania, termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

IV. Wartość kosztorysowa przedsięwzięcia

A	Przewidywana łączna kwota realizacji przedsięwzięcia:zł
B	Własne środki przeznaczone na realizację przedsięwzięciazł
C	Inne źródła finansowania ogółem (<i>środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON</i>):zł
D	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:zł kwota słownie:

Uwaga! Wnioskowana kwota dofinansowania (D) nie może być większa niż 60% planowanej łącznej kwoty realizacji przedsięwzięcia (A).

Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

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

V. Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku

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

VI. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych

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

..... dniar.

.....
.....
podpisy i pieczętki osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy /pieczętka wnioskodawcy

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot zobowiązuje się do pokrycia udziału własnego w kosztach realizacji zadania.

Oświadczam, że posiadam / zabezpieczę* odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji imprezy.

Oświadczam, że zatrudniam fachową kadre do obsługi imprezy / zobowiązuje się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi imprezy*.

Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada zobowiązań wobec PFRON.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy (art. 233 § 1 Kodeksu karnego „Kto składając zeznanie mające służyć jako za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności”).

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować w ciągu 14 dni.

..... dniar.

.....

podpisy i pieczętki osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy /pieczętka wnioskodawcy

ADNOTACJE PCPR

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

.....
(data i podpis)

INFORMACJA O PRZYZNANIU LUB ODMOWIE DOFINANSOWANIA

Weryfikacja wniosku: pozytywna / negatywna*

Data weryfikacji wniosku: - -

Przyznana kwota dofinansowania do wysokości zł,
słownie: /

co stanowi % kosztu całkowitego przedsięwzięcia według kosztorysu rzeczowo - finansowego stanowiącego załącznik nr 2 do formularza wniosku.

.....
(data podpis Dyrektora PCPR)

*niepotrzebne skreślić

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		(wypełnia pracownik PCPR)	
Załączniki (dokumenty) wymagane do Części A wniosku			
Aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej			
Statut			
Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych dłużej niż dwa lata			
Sposób reprezentacji (z mocy ustawy, wpis w rejestrze sądowym, pełnomocnictwo)			
Udokumentowane posiadanie rachunku bankowego			
Gdy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą: 1) zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie. 2) informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis. 3) oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy.			
Gdy podmiot jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej : 1) 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, 2) potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej, 3) informacja o wysokości i sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku. 4) oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy			
Inne dokumenty (wypełnia PCPR) a)..... b).....			
Załączniki (dokumenty) wymagane do Części B wniosku			
Nazwa, miejsce, szczegółowy przebieg imprezy – program merytoryczny zadania – Załącznik nr 1 do wniosku			
Udokumentowanie posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON – Załącznik Nr 2 do wniosku.			

Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania – Załącznik Nr 2 do wniosku.			
Lista niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności (w przypadku imprez masowych szacunkowa liczba niepełnosprawnych uczestników).			
Inne dokumenty (wypełnia PCPR) a)..... b).....			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części A i B wniosku

(podpis pracownika PCPR)

podpis:

.....
pieczęć Wnioskodawcy

data.....

ZAKRES MERYTORYCZNY ZADANIA

.....
rodzaj zadania

Realizowanego w terminie

Harmonogram działań planowanych przy realizacji zadania

L.p.	Planowany zakres realizacji zadania

pieczęćka imienna i podpis	pieczęćka imienna i podpis
----------------------------	----------------------------

(podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy)

data

.....
pieczęć Wnioskodawcy**KOSZTORYS WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ ZADANIA**

L.p.	Rodzaj kosztów i sposób ich kalkulacji	Koszt całkowity	Kwota wnioskowana	Środki własne
	Ogółem:			

KOSZTORYS ZE WZGLĘDU NA ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

Źródła finansowania zadania	zł	%
Wnioskowana kwota dotacji		
Środki własne		
Środki pozyskane z innych źródeł		
Ogółem:		

pieczęć imienna i podpis	pieczęć imienna i podpis
(podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy)	