

(PIECZATKA WNIOSKODAWCY)

PCPR.8361.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.KP Nr rej. \_\_\_\_\_  
WYPEŁNIA PCPR

(DATA WPŁYWU WNIOSKU)

## W N I O S E K

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

### CZĘŚĆ A: DANE I INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

#### 1. Nazwa i adres wnioskodawcy:

Pełna nazwa: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_  
MIEJSCOWOŚĆ KOD POCZTOWY ULICA NR  
POWIAT WOJEWÓDZTWO NR TELEFONU NR FAX

#### 2. Dane osób upoważnionych do reprezentowania Wnioskodawcy:

- 1) \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko, stanowisko)
- 2) \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko, stanowisko)

Upoważniony na podstawie: \_\_\_\_\_  
(wypis z rejestru Sądu lub inny dokument, np. pełnomocnictwo)

#### 3. 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 wpłat na rzecz PFRON? \_\_\_\_\_
- Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON? **Tak:**  **Nie:**

#### 4. Informacje o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych.

- 1) Wnioskodawca zatrudnia ogółem osób (w przeliczeniu na etaty) \_\_\_\_\_ etatów
- 2) Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne (w przeliczeniu na etaty) \_\_\_\_\_ etatów
- 3) Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych \_\_\_\_\_ %

#### 5. Informacje o działalności rehabilitacyjnej na rzecz osób niepełnosprawnych.

- 1) Wnioskodawca prowadzi działalność rehabilitacyjną na rzecz osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji  zawodowej  leczniczej  społecznej
- 2) Ilość osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu) \_\_\_\_\_

## 6. Informacje o statusie prawnym i podstawie działania:

_____	_____	
Status prawny	REGON	
_____	_____	
Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej	Data wpisu do rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej	
_____	_____	
Organ założycielski	Nr identyfikacji NIP	
_____	_____	
Nazwa i nr konta bankowego	Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych	
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

## 7. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON (jako załącznik do wniosku)

Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło: PFRON, WOZIRON, STAROSTWO POWIATOWE
RAZEM:		Razem kwota rozliczona:			

## 8. Informacje o działalności Wnioskodawcy

1) Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy: \_\_\_\_\_

2) Syntetyczna charakterystyka: \_\_\_\_\_

3) Działalność statutowa Wnioskodawcy, w szczególności na rzecz osób niepełnosprawnych:

4) Cel działania: \_\_\_\_\_

5) Teren działania: \_\_\_\_\_

6) Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością: \_\_\_\_\_

7) Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje: \_\_\_\_\_

8) Znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych: \_\_\_\_\_

**CZĘŚĆ B: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU**

**1. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania**

---

---

---

---

---

---

**2. Przewidywany ogólny koszt przedsięwzięcia:** \_\_\_\_\_

**3. Deklarowane własne środki** \_\_\_\_\_

**4. Inne źródła finansowania ogółem:** \_\_\_\_\_

**5. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON** \_\_\_\_\_

**6. Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie zadania o charakterze:**

sportowym       kulturalnym       rekreacyjnym       turystycznym

**7. Nazwa zadania:** \_\_\_\_\_

**8. Termin i miejsce rozpoczęcia zadania:** \_\_\_\_\_

**9. Liczba uczestników:** \_\_\_\_\_, w tym osób niepełnosprawnych do lat 18 \_\_\_\_\_ powyżej lat 18 \_\_\_\_\_,  
**razem osób niepełnosprawnych:** \_\_\_\_\_ co stanowi \_\_\_\_\_ % ogólnej liczby uczestników

**10. Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku (charakterystyka imprezy, uzasadnienie rodzaju zadania)**

---

---

---

---

---

---

**11. Przewidywane efekty**

---

---

---

---

---

OŚWIADCZAM, ŻE PODANE W CZĘŚCI A I B INFORMACJE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ

\_\_\_\_\_  
(data i podpis osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy)

**CZĘŚĆ C: ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU\*:**

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie <i>(Wypełnia pracownik PCPR)</i>	Data uzupełnienia <i>(Wypełnia pracownik PCPR)</i>
1. Program merytoryczny zadania - opis zadania, określenie terminu realizacji zadania, liczba osób niepełnosprawnych bezpośrednio i pośrednio korzystających z dofinansowania			
2. Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON			
3. Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania			
4. Lista uczestników osób niepełnosprawnych biorących udział w zadaniu (do każdego zadania odrębna lista), zamieszkałych na terenie powiatu świeckiego wraz z ważnymi kopiami orzeczeń o niepełnosprawności			
5. Udokumentowanie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania			
6. Aktualny wypis z rejestru sądowego			
7. Statut			
8. Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.			
9. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON			

\* W przypadku, gdy Wnioskodawca nie przedłoży dokumentów, o których mowa w części C wniosku, ma obowiązek złożyć odpowiednie oświadczenie.