

/pieczętka Wnioskodawcy /

Nr sprawy:

	-		-	
--	---	--	---	--

/Wypełnia PCPR/

W N I O S E K

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

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu - załącznik nr” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

część A: Informacje o Wnioskodawcy :

Pełna nazwa:					
Adres :					
	-				
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr	Powiat	Województwo
Adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż wskazany wyżej:.....					
.....					
Nr tel. : kierunkowy: tel.: fax: e-mail:					

Dane osoby (osób*) upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy w sprawie:

1.....funkcja.....

2.....funkcja.....

Dane osoby upoważnionej do kontaktu w sprawie:

1.....tel:.....e-mail:.....

Informacja 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 wpłat na rzecz PFRON		
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości		

- niepotrzebne skreślić

Informacje o prowadzeniu statutowej działalności na rzecz osób niepełnosprawnych

Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych*	
---	--

*O dofinansowanie ze środków funduszu organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych mogą ubiegać się osoby prawne i jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej jeżeli:

- prowadzą działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.

Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy	Liczba osób niepełnosprawnych objęta działalnością
Status prawny	REGON
Nr rejestru sądowego	Data wpisu do rejestru sądowego
Podstawa działania	Nr identyfikacyjny NIP
Nazwa banku	Nr konta bankowego
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT	Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>
Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:	
Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy :	
- cele statutowe	
- posiadane zasoby, które zapewnią realizację zadania:	
• finansowe:	
• kadrowe:	
• rzeczowe:	

Informacje o korzystaniu ze środków PFRON (z ostatnich trzech lat)

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON				Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota z umowy	Cel/ nazwa imprezy	Ostatecznie wypłacono	Inne źródło finansowe	

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie <i>/wypełnia pracownik PCPR/</i>	Data uzupełnienia
1. Aktualny wypis z rejestru sądowego lub ewidencji starosty /ważny 3 miesiące/			
2. Statut wnioskodawcy/Regulamin/lub inne świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych			
3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo). Imię / nazwisko / PESEL / funkcja			
4. Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych			
5. Udokumentowanie posiadania konta bankowego oraz oświadczenia o ewentualnych obciążeniach			
6. Sprawozdanie merytoryczne i finansowe za ostatni rok			
7. Oświadczenie o braku zaległości wobec ZUS i US			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części A Wniosku

.....
(pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR, data)

Część B : Informacje o przedmiocie wniosku

I. Przedmiot dofinansowania (nazwa zadania)

.....

II. Przewidywany koszt ogólny zadania : zł.....%

1. Deklarowane środki własne :zł.....%

w tym z innych źródeł finansowania:

2. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:zł.....%
(nie więcej niż procent wskaźnika zapisany w części B nr III pkt 3 x 60%)

.....
(kwota słownie)

III. Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie:

1. imprezy: sportowej kulturalnej turystycznej rekreacyjnej

2. Termin rozpoczęcia i zakończenia zadania:

		-						
Miejsce/miejscowość	kod pocztowy				ulica	powiat	województwo	
3. Liczba uczestników ogółem:								
w tym:								
- osoby niepełnosprawne:								
- opiekunowie:								
- dzieci i młodzież:								
- mieszkańcy wsi:								
- osoby spoza terenu powiatu żywieckiego								

* wysokość dofinansowania może wynieść do 60% kosztów uczestnictwa osób niepełnosprawnych z Powiatu Żywieckiego

Cel i szczegółowy opis zadania (opis działania winien zawierać: opis grupy docelowej, partnerów, zasoby lokalowe oraz winien być spójny z kosztorysem zadania)

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

Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:

.....

Załączniki wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
	<i>/wypełnia PCPR/</i>		
1. Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania* - program merytoryczny imprezy – załącznik nr 1 do części B wniosku			
2. Planowane koszty realizacji zadania – załącznik nr 2 do części B wniosku			
3. Inne dokumenty (jakie):			
a)			
b)			

* Udokumentowanie zapewnienia odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania.

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części B wniosku

..... <i>(pieczęć imienna, podpis pracownika PCPR, data)</i>

Oświadczam, że:

1. Zatrudniam fachową kadre do obsługi zadania / zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania.*
2. Posiadam / posiadamy odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
3. Posiadam środki własne na pokrycie organizowanego zadania w części dotyczącej wkładu własnego.
4. Nie posiadam zaległości wobec PFRON, ZUS i Urzędu Skarbowego.

Upředzony o odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
*/data i podpis/podpisy osób uprawnionych do
reprezentowania Wnioskodawcy/*

* *niepotrzebne skreślić*