

1. Liczba dziennika	2. Data przyjęcia	3. Numer wniosku
---------------------	-------------------	------------------

WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON SPORTU, KULTURY, TURYSTYKI I REKREACJI

A. PIECZĘĆ WNIOSKODAWCY

A1. DANE I INFORMACJE O WNIOSKODAWCY		
4. Pełna nazwa Wnioskodawcy		
5. Ulica	6. Numer posesji	7. Numer lokalu
8. Miejscowość	9. Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	10. Gmina
11. Numer telefonu	12. Adres e-mail	

A2. OSOBY UPRAWNIONE DO REALIZACJI I ZACIĄGANIA ZOBOWIĄZAŃ FINANSOWYCH WNIOSKODAWCY		
13. Pieczęćka imienna	14. Pieczęćka imienna	15. Pieczęćka imienna
Podpis	Podpis	Podpis

A3. INFORMACJE O REALIZACJI OBOWIĄZKU WPŁAT NA RZECZ PFRON PRZEZ WNIOSKODAWCĘ	
16. Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
17. Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON	.....
18. Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
19. Kwota zaległości	.....

A4. INFORMACJE O ZATRUDNIENIU I REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH		
20. Wnioskodawca zatrudnia ogółem osób (w przeliczeniu na etaty)	..... etatów	
21. Wnioskodawca zatrudnia ogółem osób niepełnosprawnych (w przeliczeniu na etaty)	..... etatów	
22. Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych %	
23. Wnioskodawca prowadzi działalność rehabilitacyjną dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności		
<input type="checkbox"/> leczniczej <input type="checkbox"/> zawodowej <input type="checkbox"/> społecznej		
24. Ilość osób objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)		
25. Ilość osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)		
a. Do 18 lat	b. Powyżej 18 lat	c. Razem osób niepełnosprawnych

A5. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE O WNIOSKODAWCY	
26. Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy	
27. Status prawny	28. REGON
29. Numer rejestru sądowego	30. Data wpisu do rejestru sądowego <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
31. Organ założycielski	32. NIP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
33. Numer konta bankowego <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
34. Nazwa banku	35. Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

A6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE O WNIOSKODAWCY
36. Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy
37. Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy (cel działania, teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością)

A7. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU	
38. Aktualny wypis z rejestru sądowego	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
39. Statut	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
40. Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez co najmniej 2 lata	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
41. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwa)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
42. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

B. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU
43. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania, nazwa imprezy, zakup sprzętu sportowego

B1. PRZEWYDYWANY KOSZT OGÓLNY PRZEDSIĘWZIĘCIA	
44. Deklarowane środki własne	..... złotych
45. Inne źródła finansowania ogółem	..... złotych
46. z tego	
a.	..... złotych
b.	..... złotych
c.	..... złotych
d.	..... złotych
47. Wnioskowana kwota dofinansowania przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ze środków PFRON	..... złotych

B2. WNIOSKODAWCA UBIEGA SIĘ O DOFINANSOWANIE
<input type="checkbox"/> Imprezy integracyjnej <input type="checkbox"/> Sportowej <input type="checkbox"/> Kulturalnej <input type="checkbox"/> Turystycznej <input type="checkbox"/> Rekreacyjnej

B3. TERMIN I MIEJSCE ROZPOCZĘCIA IMPREZY			
48. Miejscowość	49. Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	50. Gmina	
51. Ulica	52. Numer posesji	53. Numer lokalu	
54. Termin imprezy		55. Liczba uczestników	
56. W tym osób niepełnosprawnych	57. Do 18 lat	58. Powyżej 18 lat	
59. Procent osób niepełnosprawnych w ogólnej liczby uczestników			
..... %			

B4. INFORMACJE OGÓLNE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

B5. PRZEWIDYWANE EFEKTY

B6. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU	
60. Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania – program merytoryczny imprezy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
61. Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
62. Lista niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności (nie dotyczy imprez masowych)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
63. Inne dokumenty	
a.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
b.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
c.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
d.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

B7. KOSZTORYS				
64. Zadanie	65. Koszt jednostkowy	66. Wartość	67. Udział własny	68. Wnioskowana kwota dofinansowania
RAZEM				

B8. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY	
<ul style="list-style-type: none"> Zatrudniam fachową kadre do obsługi zadania/zobowiązuje się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania (niepotrzebne skreślić). Posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania. Reprezentowana przeze mnie organizacja nie posiada żadnych zobowiązań wobec Skarbu Państwa i posiada środki w części wymaganej niezbędnej do realizacji projektu. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (Artykuł 233 Kodeksu Karnego). Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101 z 2002r., poz. 926 z późniejszymi zmianami) dla potrzeb przyznania pomocy ze środków PFRON. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do podanych danych, ich zmiany oraz wycofania zgody na ich przetwarzanie, a podanie danych nastąpiło dobrowolnie. 	
69. Data	70. Czytelny podpis osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy
<ul style="list-style-type: none"> Informujemy, że w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek zostanie przekazany do archiwum bez rozpatrzenia. 	