

Nr wniosku: .....

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON SPORTU, KULTURY,  
REKREACJI I TURYSTYKI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**CZĘŚĆ A: INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**

**I. DANE WNIOSKODAWCY:**

Pełna nazwa Wnioskodawcy:		
Województwo:	Powiat:	Gmina:
Miejscowość:	Ulica:	Nr domu/nr lokalu:
Kod pocztowy:	Nr telefonu:	Adres e-mail:

**II .OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY:**

Imię i nazwisko:	Pełniona funkcja:
Imię i nazwisko:	Pełniona funkcja:

**III. INFORMACJE O REALIZACJI OBOWIĄZKU WPLAT NA RZECZ PFRON:**

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
W przypadku zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON proszę podać podstawę prawną:		
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Kwota zaległości:		

IV. INFORMACJE DODATKOWE O WNIOSKODAWCY:

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy:	<input type="checkbox"/> LOKALNY <input type="checkbox"/> OGÓLNOPOLSKI
Status prawny:	REGON:
Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:	Data wpisu do rejestru sądowego lub do ewidencji działalności gospodarczej:
Organ założycielski:	Nr Identyfikacji NIP:
Nazwa banku:	Nr konta bankowego:

Informacje o działalności Wnioskodawcy:

Czy statut Wnioskodawcy zawiera zapis o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy Wnioskodawca jest organizacją pożytku publicznego w rozumieniu ustawy z dnia 24.04.2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. 2019 poz. 688 z późn. zm.)?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:		
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
Podstawa prawna:		



## CZĘŚĆ B. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

### I. OPIS ZADANIA:

Nazwa zadania:	
Cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:	
Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie organizacji:	<input type="checkbox"/> Sportu <input type="checkbox"/> Kultury <input type="checkbox"/> Rekreacji <input type="checkbox"/> Turystyki
Liczba uczestników:	
W tym liczba opiekunów:	
W tym liczba osób niepełnosprawnych:	
Do lat 18:	
Powyżej lat 18:	
Liczba mieszkańców wsi:	

**Planowane miejsce realizacji zadania:**

Województwo:	Powiat:
Gmina:	Miejscowość:
Ulica:	Nr domu/nr lokalu:
Kod pocztowy:	Poczta:
Termin rozpoczęcia:	Przewidywany czas realizacji:

**II. INFORMACJE DODATKOWE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU:**

Zakładane rezultaty zadania (należy opisać co zyskają osoby w wyniku realizacji zadania, w jakim stopniu realizacja zadania zmieni ich sytuację):	
Czy w realizacji biorą udział Partnerzy?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Nazwa Partnera:	
Adres Partnera:	
Opis zakresy odpowiedzialności Partnera:	

**III. BUDŻET ZADANIA:**

Przewidywany koszt realizacji zadania:	
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON (do 60% kosztów zadania):	
Własne środki przeznaczone na realizację zadania:	
Inne publiczne źródła finansowania ogółem – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON:	
Inne niepubliczne źródła finansowania ogółem – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON:	

#### IV. OŚWIADCZENIA

1. Podane we wniosku informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym – przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.
2. Znane mi są „Zasady dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych”, przyjęte przez Powiat.
3. W ramach realizacji zadania planowane jest pobieranie opłat od ostatecznych beneficjentów zadania:  
 TAK  
 NIE
4. Reprezentowany przeze mnie podmiot zobowiązuje się do uzyskania środków finansowych w wysokości wystarczającej na pokrycie pozostałych kosztów zadania (poza kosztami przewidzianymi do dofinansowania ze środków PFRON), w tym wkładu własnego, zaangażowanego do realizacji zadania.
5. Na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot: posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:  
 TAK  
 NIE
6. Oświadczam, że:  
zatrudniam fachową kadrę do obsługi imprezy  
zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi imprezy
7. Oświadczam, że odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji imprezy:  
 POSIADAM  
 ZABEZPIECZĘ
8. Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie uchwały Zarządu Powiatu lub decyzji przyznającej środki Funduszu na podstawie niniejszego wniosku.

## V. HARMONOGRAM

Harmonogram realizacji zadania, nazwa, miejsce, szczegółowy przebieg imprezy – program merytoryczny imprezy:

.....  
(data i podpisy osób uprawnionych do  
reprezentacji Wnioskodawcy)

**ZAŁĄCZNIKI DO CZĘŚCI A WNIOSKU (WYPEŁNIA PCPR):**

Lp.	Nazwa załącznika	Tak	Nie	Nie dotyczy
1.	Aktualny wypis z rejestru sądowego – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy.			
2.	Aktualny statut – kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy.			
3.	Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy.			
4.	Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych co najmniej 2 lata.			
5.	Oświadczenie o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz wobec Urzędu Skarbowego – sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik 1 do wniosku.			
6.	Oświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego (rachunków bankowych) wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach – sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do wniosku.			
7.	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 – dotyczy przedsiębiorców.			
8.	Decyzja w sprawie przyznania statusu Zakładu Pracy Chronionej - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy.			
9.	Inne, jakie?			

.....  
(data i podpis pracownika PCPR)



.....  
miejsowość i data

## OŚWIADCZENIE O PROWADZENIU ZAKŁADU PRACY CHRONIONEJ

Oświadczam, że .....

.....  
(pełna nazwa Wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest .....

.....  
(adres Wnioskodawcy)

- jest pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej;  
 nie jest pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej.

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. 2019 r. poz. 1950 z późn. zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....  
(data)

.....  
(podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy)

.....  
miejsowość i data

## OŚWIADCZENIE PRZEDSIĘBIORCY

Oświadczam, że .....

.....

(pełna nazwa Wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest .....

.....

(adres Wnioskodawcy)

jest przedsiębiorcą;

nie jest przedsiębiorcą;

w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (Dz. U. 2019 r. poz. 1145 z późn. zm.).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. 2019 r. poz. 1950 z późn. zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....

(data)

.....

(podpisy osób uprawnionych do  
reprezentacji Wnioskodawcy)

.....  
miejsowość i data

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODATKU VAT

Oświadczam, że .....

.....  
(pełna nazwa Wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest .....

.....  
(adres Wnioskodawcy)

- jest podatnikiem podatku VAT;  
 nie jest podatnikiem podatku VAT;

w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. 2018 r. poz. 2174 z późn. zm.).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. 2019 r. poz. 1950 z późn. zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....  
(data)

.....  
(podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE O NIEPOSIADANIU WYMAGALNYCH ZOBOWIĄZAŃ WOBEC PAŃSTWOWEGO  
FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH, ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH  
ORAZ WOBEC URZĘDU SKARBOWEGO**

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

(nazwa, adres, NIP Wnioskodawcy)

Oświadczam, iż nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji  
Osób Niepełnosprawnych, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz wobec Urzędu Skarbowego.

.....  
(data)

.....  
(podpisy osób uprawnionych do  
reprezentacji Wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE O POSIADANIU RACHUNKU BANKOWEGO (RACHUNKÓW BANKOWYCH) WRAZ Z  
INFORMACJĄ O EWENTUALNYCH OBCIĄŻENIACH**

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

(nazwa, adres, NIP Wnioskodawcy)

Oświadczam, iż posiada następujący rachunek bankowy (rachunki bankowe):

1.	Nazwa banku	
	Nr rachunku bankowego	
	Informacje o ewentualnych obciążeniach	
2.	Nazwa banku	
	Nr rachunku bankowego	
	Informacje o ewentualnych obciążeniach	

.....  
(data)

.....  
(podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy)

