

Nr wniosku:

Nr sprawy:

Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Pełna nazwa Wnioskodawcy:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Strona internetowa:	

ADRES SIEDZIBY

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Poczta:	
Kod pocztowy:	

Taki sam jak adres siedziby**ADRES KORESPONDENCYJNY**

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Poczta:	
Kod pocztowy:	

OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Nr telefonu:	
Poczta:	

OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY

Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem funkcji jaką pełnią w organizacji, które zgodnie z postanowieniami statutu lub innego aktu wewnętrznego są uprawnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy

Imię i nazwisko	Funkcja

II. INFORMACJE DODATKOWE

Nazwa pola	Wartość
Status prawny:	
Nr rejestru sądowego:	
Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	
REGON:	
NIP:	
Podstawa działania:	
Nazwa banku:	
Nr rachunku:	

INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Czy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
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"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna:	
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc inną niż de minimis (w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis)?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa zadania:	
Nazwa pola	Wartość
Cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:	
Liczba uczestników:	
W tym liczba opiekunów:	
Liczba osób niepełnosprawnych:	
Do lat 18:	
Powyżej 18 lat:	
Liczba mieszkańców wsi:	

PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

Nazwa pola	Wartość
Planowane miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji zadania:	
Termin zakończenia:	

INFORMACJE DODATKOWE

Zakładane rezultaty zadania (należy opisać co zyskają osoby w wyniku realizacji zadania, w jakim stopniu realizacja zadania zmieni ich sytuację) oraz jak rezultaty te będą badane

Nazwa pola	Wartość
Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:	

II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA

Nazwa pola	Wartość
Przewidywany koszt realizacji zadania:	
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
Własne środki przeznaczone na realizację zadania:	

Inne źródła finansowania ogółem

z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON

Nazwa pola	Wartość
Publiczne:	
Niepubliczne:	

Harmonogram

--

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.	Oświadczenie o prowadzeniu zakładu pracy chronionej – sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik 1 do wniosku.			
5.	Oświadczenie przedsiębiorcy – sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik 2 do wniosku.			
6.	Oświadczenie dotyczące podatku VAT – sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik 3 do wniosku.			
7.	Oświadczenie o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz wobec Urzędu Skarbowego – sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik 4 do wniosku.			
8.	Oświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego (rachunków bankowych) wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach – sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik 5 do wniosku.			
9.	Inne:			

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

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. 2020 r. poz. 1444 z późn. zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....
(data)

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

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. 2020 r. poz. 1740 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. 2020 r. poz. 1444 z późn. zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....
(data)

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

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. 2021 r. poz. 685 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. 2020 r. poz. 1444 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)