

.....  
(pieczęć wnioskodawcy)

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W ELKU**  
**19-300 ELK, ul. Piłsudskiego 5**  
**Tel/fax (0-87) 621-15-50**

Wniosek kompletny przyjęto w PCPR w Elku

w

dniu .....nr .....

**W N I O S E K**

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

**Część A : Informacje o Wnioskodawcy**

**1. Nazwa i adres Wnioskodawcy :**

Pełna nazwa: .....					
.....					
.....					
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr	Powiat	Województwo
Nr tel. : ..... Nr faxu : ..... e- mail.....					

**2. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych  
Wnioskodawcy**

.....  
*pieczęć imienna i podpis*

.....  
*pieczęć imienna i podpis*

**3. Informacje 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	.....	

#### 4. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy	.....	
Status prawny .....	REGON.....	
..... Nr rejestru sądowego	..... Data wpisu do rejestru sądowego	
..... Organ założycielski	..... 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 : cel działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, kadra specjalistyczna znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje	..... .....	

## 5. Informacje o zatrudnieniu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych

Wnioskodawca zatrudnia ogółem osób (w przeliczeniu na etaty)		..... etatów
Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne (w przeliczeniu na etaty)		..... etatów
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych		..... %
Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:		
<input type="checkbox"/> zawodowej	<input type="checkbox"/> leczniczej	<input type="checkbox"/> społecznej
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)		
w tym:	do lat 18: .....	powyżej lat 18: ..... razem: .....

## 6. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w latach ubiegłych (trzy lata poprzedzające rok, w którym składany jest wniosek o dofinansowanie)

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON lub WOZiRON				Tak : <input type="checkbox"/>	Nie : <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło; PFRON, WOZiRON, Samorząd Powiatowy
W tym na rzecz :					

## Część B : Informacje o przedmiocie wniosku

**Przedmiot dofinansowania, przeznaczenie dofinansowania / nazwa imprezy / zakup sprzętu sportowego/**

### 1. Opis projektu/przedsięwzięcia, o dofinansowanie którego ubiega się wnioskodawca

1	Nazwa projektu	
2	Opis projektu (w tym adresaci, sposób rekrutacji uczestników projektu)	
3	Cel główny projektu	
4	Cele szczegółowe projektu	
5	Planowane działania	
6	Miejsce i termin realizacji projektu	
7	Zakładane rezultaty projektu	
8	Partnerzy projektu	
9	Posiadane zasoby, które zapewnia realizację projektu	
1)	(kadrowe)	
2)	(rzeczowe)	

3)	(finansowe)	
10	Szczegółowe informacje dotyczące adresatów projektu.	
11	Liczba uczestników:	
1)	W tym osób niepełnosprawnych do lat 18	
2)	W tym osób niepełnosprawnych powyżej lat 18	
12	Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku	

## 2. Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie:

<b>Imprezy integracyjnej:</b>			
sportowej	<input type="checkbox"/>	kulturalnej	<input type="checkbox"/>
turystycznej	<input type="checkbox"/>	rekreacyjnej	<input type="checkbox"/>
			Zakupu sprzętu sportowego <input type="checkbox"/>

## 3. Koszty realizacji projektu/przedsięwzięcia, o dofinansowanie którego ubiega się wnioskodawca

**Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia** : ..... zł

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

2. Inne źródła finansowania ogółem : ..... zł z tego:

a) .....

b) .....

c) .....

3. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu (max. 60% całkowitych kosztów projektu/przedsięwzięcia) : ..... zł

(słownie: ..... )

## 4. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku dotyczące wszystkich wnioskodawców

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak / nie	Uzupełniono tak / nie *	Data Uzupełnienia*
1. Aktualny wypis z rejestru sądowego (ważny 3 miesiące)			

2. Statut (dokument potwierdzający prowadzenie działalności statutowej na rzecz niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku)			
3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)			
4. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach			
5. Oświadczenie Wnioskodawcy o nie zaleganiu wobec PFRON oraz nie będącego stroną umowy zawartej i rozwiązywanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.			
6. Nazwa, szczegółowy zakres miejsce realizacji zadania – program merytoryczny imprezy			
7. Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON			
8. Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania			
9. Inne dokumenty:			

.....  
/ data i podpis osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/

I. Załącznik dla wnioskodawcy-przedsiębiorcy:

- a) do wniosku dołącza się informację 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.

II. Załączniki dla wnioskodawcy pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej:

- a) potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,  
b) informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed data złożenia wniosku,  
c) 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.

## OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. Oświadczam, że zatrudniam/zapewniam fachową kadre do obsługi zadania/zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania.<sup>1</sup>
2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
3. Oświadczam, że nie mam zaległości i wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
4. Nie posiadam zaległości wobec PFRON, ZUS i Urzędu skarbowego.
5. Oświadczam, że posiadam środki własne (minimum 40% wartości zadania) lub pozyskane z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
6. Oświadczam, iż prowadzę działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku o dofinansowanie.
7. Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie uchwały Zarządu PFRON lub decyzji Pełnomocnika przyznającej środki Funduszu na podstawie niniejszego wniosku.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz.1781).
9. Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 1444) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora –Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ełku, ul. J. Piłsudskiego 5 , 19-300 Ełk moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchyleniu dyrektywy 95/46/WE (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, L rok 2016 nr 119 poz. 1).

.....  
*/ data i podpis osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/*

### **UWAGA !**

1. U przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek zostanie przekazany do archiwum bez rozpatrzenia.
2. Wnioski o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na sport, kulturę, turystykę i rekreację zostaną rozpatrzone po otrzymaniu planu finansowego na rok 2021 r.
3. Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON składa się w terminie do dnia 30 listopada roku poprzedzającego realizację zadań.

---

<sup>11</sup> Niepotrzebne skreślić

*We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części A oraz odpowiedniej części B 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.*

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku

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