Załącznik nr 1 do Zasad

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
W KUTNIE
ul. Krzywoustego11
99-301 Kutno
tel. /fax 24 355 47 50

Nr wniosku: ……

…….....
data wpływu kompletnego wniosku, podpis pracownika

WNIOSEK

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

Uwaga! – przed przystąpieniem do wypełniania wniosku należy zapoznać się z „Zasadami dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych".

Część A WNIOSKU: Dane i informacje o Wnioskodawcy

1. Nazwa i adres Wnioskodawcy

Pełna nazwa (zgodna z aktualnym wypisem z rejestru sądowego):			
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Gmina	Powiat	Województwo	Nr kierunkowy
Nr telefonu	Nr fax	adres http://www	e-mail

2. Osoby uprawnione do reprezentowania Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

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

Imię i Nazwisko	Funkcja

3. Osoby upoważnione do składania wyjaśnień dotyczących wniosku

Imię i Nazwisko	nr telefonu	e-mail

4. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON

*(przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „**X**”)*

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	tak:	nie:
W przypadku zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON podać podstawę prawną		
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak:	nie:
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku	(w zł)……	

5. Informacje o Wnioskodawcy

Zakres terytorialny działania wnioskodawcy *(przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „**X**”)*: ☐ Lokalny	☐ Ogólnopolski
Status prawny	Nr rejestru sądowego
Data wpisu do rejestru sądowego	Organ założycielski
REGON	Nr identyfikacyjny NIP
Nazwa banku	Nr rachunku bankowego

*(przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „**X**”)*

Czy statut Wnioskodawcy zawiera zapis o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych	tak:		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. Nr 96, poz. 873 z późn. zm.)	tak:		nie:
Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT ……	tak:		nie:
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony. Podstawa prawna ……	tak:	nie:	nie dotyczy:

6. Przedmiot działalności statutowej

(podział powinien wynikać ze statutu lub innego aktu wewnętrznego, albo powinien być określony w polityce rachunkowej Wnioskodawcy)

Działalność nieodpłatna *(tj. działalność, o której mowa w art. 7 ustawy z dnia 24.04.2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*)
Działalność odpłatna *(tj. działalność, o której mowa w art. 8 ustawy z dnia 24.04. 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, jak również działalność nie przekraczającą limitów, o których mowa w art. 9 ust. 1 ww. ustawy)*

7. Przedmiot działalności gospodarczej

(należy wypełnić jedynie w przypadku, gdy Wnioskodawca faktycznie prowadzi działalność gospodarczą)

Numer wpisu do rejestru przedsiębiorców:
Przedmiot działalności gospodarczej:

8. Informacje o prowadzonej przez Wnioskodawcę działalności na rzecz osób niepełnosprawnych

*(przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „**X**”)*

Czy Wnioskodawca prowadzi działalność rehabilitacyjną na rzecz osób niepełnosprawnych *(dot. osób, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)*	tak:	nie:
Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych		

Krótki opis działań zrealizowanych przez Wnioskodawcę na rzecz osób niepełnosprawnych w ciągu ostatnich 2 lat:
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością:
Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje:

9. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON *(za okres ostatnich 3 lat)*

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON *(przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „**X**”)*			tak:	nie:
Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

10. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku *(wypełnia PCPR)*	
		Tak/Nie/ Nie dotyczy	Data uzupełnienia
1.	Aktualny wypis z rejestru sądowego (wydany nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) – 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 Z do wniosku		
6.	Oświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego (rachunków bankowych) wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach - sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik R 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? ……		

Część B WNIOSKU: Informacje o przedmiocie wniosku

Uwaga!
W przypadku zgłaszania we wniosku więcej niż jednego zadania, ***część B*** wniosku należy **skopiować** i wypełnić dla każdego zadania oddzielnie.

1. Opis zadania

Nazwa zadania, cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:
Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie organizacji: ☐ Sportu ☐ Kultury ☐ Turystyki ☐ Rekreacji
Liczba uczestników (w tym niezbędnych opiekunów):……, w tym:

osób niepełnosprawnych:	osób niepełnosprawnych z terenu powiatu kutnowskiego:
Do lat 18:	Powyżej 18 lat:
Mieszkańców wsi:	

Planowane miejsce/miejsca realizacji zadania *(województwo, powiat, miejscowość, adres)*	
Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania	

2. Zakładane rezultaty realizacji zadania

Jakie są 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

3. Informacja o zabezpieczeniu warunków lokalowych, technicznych i kadrowych niezbędnych do realizacji zadania

Posiadane zasoby kadrowe wskazujące na możliwość realizacji zadania *(należy opisać m.in. doświadczenie i kwalifikacje osób zaangażowanych do realizacji zadania)*
Posiadane zasoby lokalowe, rzeczowe i techniczne wskazujące na możliwość realizacji zadania (*należy opisać zaplecze techniczne jakie zostanie zaangażowane do realizacji zadania)*
Doświadczenie Wnioskodawcy przy realizacji zadań o podobnej tematyce *(opis zadań realizowanych w okresie ostatnich trzech lat)*

4. Udział Partnerów w realizacji zadania

(należy wypełnić o ile dotyczy)

Nazwa i adres Partnera:
Opis zakresu odpowiedzialności Partnera:

5. Budżet zadania

Przewidywany łączny koszt realizacji zadania:.....**zł**
Własne środki przeznaczone na realizację zadania:.....**zł**
Inne źródła finansowania ogółem, w tym – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON: - publiczne ..... zł - niepubliczne ..... zł
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .....**zł** (słownie złotych:.....),

6. Pozafinansowy wkład własny w realizację zadania

7. Dodatkowe uwagi lub informacje

8. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku *(przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „**X**”)*	
		tak	nie
1.	Harmonogram realizacji zadania, nazwa, miejsce, szczegółowy przebieg imprezy – program merytoryczny imprezy		
2.	Dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych w wysokości nieobjętej dofinansowaniem lub oświadczenie w tej sprawie		
3.	Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania sporządzony wg wzoru stanowiącego załącznik K do wniosku		
4.	Uzasadnienie konieczności poniesienia określonych nakładów w stosunku do spodziewanych rezultatów realizacji zadania		
5.	Inne, jakie?.....		

<u>Oświadczam że</u>:

- podane w części **A** i **B** wniosku informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym – przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- znane mi są „Zasady dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych", wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora PCPR w Kutnie,
- w ramach realizacji zadania **planowane jest pobieranie*/ nie jest planowane pobieranie*** opłat od ostatecznych beneficjentów zadania,
- reprezentowana 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,
- na dzień sporządzenia wniosku reprezentowana przeze mnie podmiot **posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON* / nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON***.

**-niepotrzebne skreślić*

..... dnia .....r.	
.....	.....
pieczątka imienna	*pieczątka imienna*
podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych	

oraz o ile dotyczy:

<u>Oświadczam</u>, **że będąc podatnikiem podatku VAT nie mogę obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony, ze względu na wyłączenie możliwości odliczenia podatku naliczonego, wynikające z obowiązujących przepisów prawa.**

..... dnia .....r.	
.....	.....
pieczątka imienna	*pieczątka imienna*
podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych	

<u>Pouczenie:</u>
*We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części **A** oraz części **B**, ewentualnie wpisać **„Nie dotyczy"**.*

WYPEŁNIA PCPR

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:

podpis pracownika PCPR

data, podpis:

Ocena formalna wniosku: ☐ pozytywna ☐ negatywna

podpis pracownika PCPR

data, podpis:

Uzasadnienie *(w przypadku negatywnej oceny formalnej)*: .....
.....
.....

.....
miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że .....
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest .....
(adres wnioskodawcy)

.....

jest / 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. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

(pieczęć wnioskodawcy)

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

Jeżeli wnioskodawca jest ZPCH dołącza do wniosku:

1. potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
2. informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku,
3. informację o pomocy publicznej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

* niepotrzebne skreślić

.....
miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że .....
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest .....
(adres wnioskodawcy)

.....

jest / nie jest* przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 19 listopada 1999 r. – Prawo o działalności gospodarczej (Dz. U. nr 101, poz. 1178 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. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

(pieczęć wnioskodawcy)

Jeżeli wnioskodawca jest przedsiębiorcą należy dołączyć do wniosku informację o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami ustawy o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

* niepotrzebne skreślić

.....
miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że .....
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest .....
(adres wnioskodawcy)

.....
jest / nie jest* płatnikiem VAT w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. – o podatku od towarów i usług (Dz. U. nr 54, poz. 535 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. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

(pieczęć wnioskodawcy)

* niepotrzebne skreślić