

|                            |
|----------------------------|
| ( pieczęćka Wnioskodawcy ) |
|----------------------------|

Nr sprawy .....

( wypełnia PCPR )

**W N I O S E K**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób**  
**Niepełnosprawnych sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych**

*We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr .....” jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.*

**Nazwa i adres Wnioskodawcy:** (proszę wypełnić drukowanymi literami)

|                    |              |           |    |
|--------------------|--------------|-----------|----|
| Pełna nazwa: ..... |              |           |    |
| .....              |              |           |    |
| Miejscowość        | Kod pocztowy | Ulica     | Nr |
| Nr tel.:           |              | Nr faksu: |    |

**Osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych:**

|                      |
|----------------------|
| ( Pieczęćka imienna: |
|----------------------|

|                      |
|----------------------|
| ( Pieczęćka imienna: |
|----------------------|

**Informacje o zatrudnieniu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych:**

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| Wnioskodawca zatrudnia ogółem (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)                | do lat 18: .....                    |
|  | powyżej lat 18: .....               |
|  | razem: .....                        |

**Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:**



**Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:**

| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON |       |                    |                  | Tak: <input type="checkbox"/> | Nie: <input type="checkbox"/> |
|---|-------|--------------------|------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Nr i data zawarcia umowy                    | Kwota | Termin rozliczenia | Stan rozliczenia | Dysponent środków PFRON:      |                               |
| 1.  |       |                    |                  |                               |                               |
| 2.  |       |                    |                  |                               |                               |
| 3.  |       |                    |                  |                               |                               |
| 4.  |       |                    |                  |                               |                               |
| Przeznaczenie przyznanych środków:          |       |                    |                  |                               |                               |
| 1.  |       |                    |                  |                               |                               |
| 2.  |       |                    |                  |                               |                               |
| 3.  |       |                    |                  |                               |                               |

|  |  |
|--|--|
| Syntetyczny opis efektów przyznanego i wykorzystanego dofinansowania |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Informacje o przedmiocie wniosku:**

|   |
|---|
| Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania /nazwa imprezy/ zakup sprzętu   |
|   |
|   |
|   |
|   |
| Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia: ..... zł   |
| <b>Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu: ..... zł</b>   |
| <b>kwota słownie: .....</b>   |
| <b>co stanowi.....% ogólnych kosztów przedsięwzięcia</b>  |
| Udokumentowana informacja o wysokości środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia (bez środków PFRON):  |
| 1. Deklarowane środki własne: ..... zł  |
| 2. Inne źródła finansowania ogółem: ..... zł , z tego:  |
| ..... zł; źródło -.....   |
| ..... zł; źródło -.....   |
| ..... zł; źródło -.....   |
| ..... zł; źródło -.....   |
| ..... zł; źródło -.....   |
| Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania, do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania: .....zł |
| Źródła finansowania:.....   |
| .....   |
| .....   |



**Warunki techniczne i lokalowe /opis/**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 (art.233§1 k.k. – Ustawa z dn. 6 czerwca 1997 – Dz. U. Nr.88, poz.553 z późn. zm.)

Uprzedzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym oraz, że warunki wcześniej zawartych umów uprawniających do korzystania ze środków PFRON zostały dotrzymane. Oświadczam również, że:

1. zatrudniam fachową kadre do obsługi zadania/zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania.\*
2. posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Pile, Al. Niepodległości 37, dla potrzeb związanych z dofinansowaniem ze środków PFRON.
4. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
5. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania oraz ich usunięcia.

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

\* niepotrzebne skreśli

**Załączniki wymagane do wniosku: / wypełnia PCPR/**

|   |  |
|---|--|
| 1. Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania – program merytoryczny imprezy                                    |  |
| 2. Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON  |  |
| 3. Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania   |  |
| 4. Lista niepełnosprawnych uczestników imprezy z wyszczególnieniem stopnia niepełnosprawności (nie dotyczy imprez masowych) |  |
| 5. Aktualny wypis z rejestru sądowego /ważny 3 miesiące/  |  |
| 6. Statut   |  |
| 7. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)  |  |
| 8. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach                                 |  |
| 9. dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych dłużej niż dwa lata                    |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |

Potwierdzam kompletność złożonych



.....  
/podpis i pieczęć wnioskodawcy/

Załącznik nr 2 do umowy nr .....

Z dnia.....

**Rozliczenie kosztów realizacji zadania**

| <b>Lp</b>   | Zakres szczegółowy realizacji zadania wg umowy | Kwota wg umowy | Wystawca, nr, data f-ry | Treść (nazwa towaru lub usługi) | Kwota brutto | Kwota netto | Termin płatności | Rozliczenie płatności z wyszczególnieniem źródła finansowania |
|-------------|--|----------------|-------------------------|---------------------------------|--------------|-------------|------------------|---|
|             |  |                |                         |                                 |              |             |                  |   |
| <b>suma</b> |  |                |                         |                                 |              |             |                  |   |

Upředzony o odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

- w/w faktury sprawdzono pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym
- faktury dofinansowane przez Starostę opatrzone klauzulą „płatne ze środków PFRON w kwocie ....”
- zostały uiszczone zobowiązania wynikające z przedstawionych w rozliczeniu dokumentów finansowych.

Rozliczenie sporządzono dnia .....

Podpis.....