

Nr sprawy:

Wypełnia pracownik PCPR

/pieczęć Wnioskodawcy /

## W N I O S E K

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

### część A: Informacje o Wnioskodawcy

#### 1. Nazwa i adres Wnioskodawcy:

Pełna nazwa (zgodna z aktualnym wypisem z rejestru sądowego):

|                                         |              |       |  |                |        |             |  |
|-----------------------------------------|--------------|-------|--|----------------|--------|-------------|--|
|                                         |              | -     |  |                |        |             |  |
| Miejscowość                             | Kod pocztowy | Ulica |  | Nr             | Powiat | Województwo |  |
| Nr tel. : kierunkowy:..... tel. : ..... |              |       |  | Nr faxu: ..... |        |             |  |

#### 2. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy:

(pieczęć imienna)

(pieczęć imienna)

podpis: .....

podpis: .....

#### 3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:

|                                                           |       |      |
|-----------------------------------------------------------|-------|------|
| Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON | tak:  | nie: |
| Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON   | ..... |      |
| Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON         | tak:  | nie: |
| Kwota zaległości                                          | ..... |      |

#### 4. Informacje o prowadzonej przez Wnioskodawcę działalności na rzecz osób niepełnosprawnych:

|                                                                       |      |
|-----------------------------------------------------------------------|------|
| Czy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych | Tak: |
|                                                                       | Nie: |

|                                                                                                  |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Od kiedy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych (podać dokładną datę) | ..... |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|

|                                                             |                |                          |
|-------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------|
| Liczba osób objętych działalnością (przeciętnie w miesiącu) | Dorośli: ..... | Dzieci i młodzież: ..... |
|-------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------|

|                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|
| Proszę opisać zakres działalności prowadzonej na rzecz osób niepełnosprawnych |
|                                                                               |
|                                                                               |
|                                                                               |

#### 5. Informacje uzupełniające o 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 podatku VAT | Tak:                            | Nie: |

|                                                   |      |      |
|---------------------------------------------------|------|------|
| Czy Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą | Tak: | Nie: |
|---------------------------------------------------|------|------|



Syntetyczna charakterystyka  
działalności Wnioskodawcy:  
cel i zakres działania, teren działania,  
Ilość i charakterystyka osób objętych  
działalnością, znaczenie tej działalności  
dla osób niepełnosprawnych

#### 6. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON (za okres ostatnich 3 lat)

|                                             |      |      |
|---------------------------------------------|------|------|
| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON | Tak: | Nie: |
|---------------------------------------------|------|------|

| Cel<br>(nazwa zadania ustawowego<br>oraz/lub nazwa programu<br>w ramach którego przyznana<br>została pomoc | Numer i data<br>zawarcia<br>umowy | Kwota<br>przyznana | Termin<br>rozliczenia | Kwota<br>rozliczona | Źródło<br>finansowania<br>(PFRON, PCPR,<br>MOPR) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|-----------------------|---------------------|--------------------------------------------------|
|                                                                                                            |                                   |                    |                       |                     |                                                  |
|                                                                                                            |                                   |                    |                       |                     |                                                  |
|                                                                                                            |                                   |                    |                       |                     |                                                  |
|                                                                                                            |                                   |                    |                       |                     |                                                  |

|  |                               |  |                                |  |  |
|--|-------------------------------|--|--------------------------------|--|--|
|  |                               |  |                                |  |  |
|  |                               |  |                                |  |  |
|  |                               |  |                                |  |  |
|  | <b>Razem kwota przyznana:</b> |  | <b>Razem kwota rozliczona:</b> |  |  |

Syntetyczny opis efektów  
przyznanego i wykorzystanego  
dofinansowania

Czy wnioskodawca ma zaległości  
wobec Państwowego Funduszu  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych?

Nie:

Tak :

.....  
.....



Czy wnioskodawca w ciągu  
3 lat przed złożeniem  
wniosku był stroną umowy  
o dofinansowanie ze środków  
PFRON rozwiązanej  
z przyczyn leżących po jego  
stronie?

Nie:

Tak :

7. Osoba do kontaktów roboczych w sprawach dot. niniejszego wniosku (imię, nazwisko, funkcja, nr telefonu, e-mail:

## część B: Informacje o przedmiocie wniosku, kosztach i terminie realizacji

Przedmiot wniosku (nazwa  
przedsięwzięcia)

Cele przedsięwzięcia z  
uwzględnieniem oddziaływania  
na osoby niepełnosprawne

Szczegółowy opis przedsięwzięcia  
(opis poszczególnych etapów  
realizacji zadania wraz programem  
merytorycznym przedsięwzięcia i  
informacją o kwalifikacjach kadry  
przewidzianej do realizacji  
poszczególnych zadań)

[illegible]



**Przewidywany koszt ogólny  
przedsięwzięcia (koszt udziału  
osób z powiatu słupskiego)**

.....  
Słownie: .....  
.....

**Wnioskowana kwota  
dofinansowania ze środków  
PFRON:**

.....  
Słownie: .....  
.....

**Deklarowana kwota udziału  
własnego:**

.....  
Słownie: .....  
.....

**Termin realizacji przedsięwzięcia  
(rozpoczęcie i zakończenie)**

**Miejsce realizacji przedsięwzięcia**

**Szczegółowa informacja na temat  
warunków lokalowych i  
technicznych w jakich przebywać  
będą osoby niepełnosprawne w  
związku z realizacją  
przedsięwzięcia (np. dostępności  
budynku do potrzeb osób na  
wózkach, przystosowania  
pomieszczeń do potrzeb osób  
niepełnosprawnych itp.)**

**Odbiorcy przedsięwzięcia**  
(informacja nt. liczby i  
szczegółowej struktury odbiorców  
– osób niepełnosprawnych  
zamieszkujących powiat słupski)

Ogółem: ..... z tego:  
do lat 18: ..... powyżej lat 18: .....

Pozostałe informacje:

Czy wnioskodawca poniósł  
nakłady finansowe na realizację  
wnioskowanego przedsięwzięcia:

Nie:

Tak :

.....

.....

Czy wnioskodawca posiada  
środki finansowe na  
sfinansowanie zadania  
określonego we wniosku  
(w wysokości nieobjętej  
dofinansowaniem) ?

Nie:

Tak :

.....

.....

**Przewidywane rezultaty realizacji przedsięwzięcia (w tym dla osób niepełnosprawnych):**

**Oświadczam**, że zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do realizacji  
wnioskowanego przedsięwzięcia.

**Oświadczam**, że zapewnię odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki  
lokalowe i techniczne do realizacji wnioskowanego przedsięwzięcia.

**Oświadczam**, że podane w części A i B wniosku informacje są zgodne z prawdą oraz że  
jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

..... dnia .....r.

.....

pieczęćka imienna

.....

pieczęćka imienna

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych



**Pouczenie:**

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

**Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku :**

| Nazwa załącznika: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Załączono do wniosku (wypełnia pracownik PCPR) |  |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--|
| 1.                | Aktualny wypis z rejestru sądowego (wydany nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, w przypadku JST uchwała o utworzeniu (oryginały lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy). |                                                |  |
| 2.                | Aktualny statut (kserokopia poświadczone 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 posiadaniu środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON – podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy                                                                               |                                                |  |
| 5.                | Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku                                                                                                                                           |                                                |  |
| 6.                | Dokumenty potwierdzające warunki lokalowe i techniczne, w jakich przebywać będą osoby niepełnosprawne, w związku z realizacją zadania wskazanego we wniosku                                                                                                                                                                                            |                                                |  |

**Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku - dotyczy przedsiębiorców i zpch:**

| Nazwa załącznika: |                                                                                                                                                                                                                       | Załączono do wniosku (wypełnia pracownik PCPR) |  |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--|
| 1.                | Zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie         |                                                |  |
| 2.                | Informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis, |                                                |  |



|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 3. | Oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy.                                                                                                                                              |  |  |
| 4. | Dokumenty z Urzędu Skarbowego (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku): zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami lub decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy. |  |  |
| 5. | Zaświadczenie z ZUS o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań (wydane 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.                                                              |  |  |
| 6. | Decyzja w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej - oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy                                                                                                                               |  |  |
| 7. | Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku                                                                                                                                                              |  |  |
| 8. | Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku                                                                                                                            |  |  |
| 9. | Dokumenty potwierdzające warunki lokalowe i techniczne, w jakich przebywać będą osoby niepełnosprawne, w związku z realizacją zadania wskazanego we wniosku                                                                                                                                                                             |  |  |