Nr wniosku: PCPR.531. .2020

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie **ul. Mickiewicza 50, 64-980 Trzcianka** **kontakt telefoniczny : 660 492 421** **email: mw@pcpr.trzcianka.com.pl**

PIECZĘĆ WNIOSKODAWCY

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

I. DANE PODMIOTU UBIEGAJĄCEGO SIĘ O DOFINANSOWANIE:

1. Nazwa podmiotu/ pieczęć:

2. Siedziba i adres podmiotu:

Kod pocztowy						Miejscowość	Ulica	Nr
		–						
E- mail / Adres strony internetowej								

3. Data powstania podmiotu:

4. Status prawny podmiotu:

5. Podstawa działania podmiotu:

Numer NIP	Numer REGON	Numer KRS	Data wpisu KRS
Nazwa banku i numer rachunku bankowego			
__ __ __

II. OPIS ZADANIA:

1. Przedmiot dofinansowania:

2. Miejsce realizacji zadania:

3. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

Termin rozpoczęcia zadania:	
Termin zakończenia zadania:	

4. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:

5. Partnerzy:

6. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania:

III. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI ZADANIA:

1. Koszt realizacji zdania:

Całkowity (koszt w zł)		
w tym:		
1.	wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)	
2.	kwota środków własnych (w zł)	
3.	kwota środków pozyskanych z innych źródeł (w zł.)	

2. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat:	TAK ☐	NIE ☐

Nr umowy	Cel dofinansowania	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia

IV. INNE WYBRANE INFORMACJE DOTYCZĄCE ZADANIA.

1. Adresaci działań przy realizacji zadania:

Lp.	**Liczba uczestników ogółem (dotyczy osób niepełnosprawnych):**	
w tym:		
1.	liczba dorosłych osób niepełnosprawnych	
2.	liczba dzieci niepełnosprawnych (do 18 r. ż.)	
3.	liczba osób niepełnosprawnych zamieszkujących na wsi	
4.	liczba kobiet niepełnosprawnych	

2. Typ działań (należy oznaczyć znakiem X):

sport	
kultura	
rekreacja	
turystyka	

3. Ogólna liczba osób pracujących przy realizacji zadania:

4. Pozafinansowy wkład własny podmiotu w realizację zadania (np. praca wolontariuszy wraz z podaniem sposobu wyliczenia wartości pracy):

5. Dodatkowe uwagi lub informacje:

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2* ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

(data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu uprawnionego)	***(data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu uprawnionego)***

* art. 233 §1 – kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3
* art. 233 §2 – warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzecznie.

UWAGA !

Stosownie do zapisu § 9 pkt 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków państwowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1275.) dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

Wnioski o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na organizację sportu, kultury, turystyki i rekreacji zostaną rozpatrzone po otrzymaniu planu finansowego na rok, w którym zadanie będzie realizowane.

X. ZAŁĄCZNIKI (*wypełnia PCPR*)

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku TAK/NIE	Uzupełniono TAK/NIE	Data uzupełnienia
1.	Zaświadczenie lub oświadczenie o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej dwóch lat przed dniem złożenia wniosku			
2.	Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych			
3.	Aktualny statut			
4.	Aktualny wypis z krajowego rejestru sądowego lub innego organu rejestrowego (ważny trzy miesiące)			
5.	Aktualne pełnomocnictwo			
6.	Oświadczenie osób uprawnionych do reprezentowania wnioskodawcy o zgodzie na wykorzystanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Trzciance, koniecznych do realizacji zadania, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych			
7.	Oświadczenie o kwalifikowalności podatku VAT			
8.	Oświadczenie o prowadzeniu lub nieprowadzeniu działalności gospodarczej			
9.	Zaświadczenie lub oświadczenie o posiadaniu środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nie objętej dofinansowaniem ze środków PFRON			
10.	Oświadczenie o nieposiadaniu zaległości, ani wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych			
11.	Oświadczenie o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz wobec Urzędu Skarbowego			
12.	Oświadczenie potwierdzające, że wnioskodawca w okresie trzech lat przed złożeniem wniosku nie był stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie			
13.	Lista osób niepełnosprawnych korzystających z			

	zadania (nie dotyczy imprez masowych)			
14.	**<u>W przypadku podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (DZ.U. 2017 r. poz. 2168 z późn. zm.):</u>**			
	a) zaświadczenie o pomocy *de minimis* otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy *de minimis* w tym okresie			
	b) 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 (załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez przedmiot ubiegający się o pomoc *de minimis* (Dz.U. Nr 53, poz. 311 z późn. zm.)			
	c) zaktualizowaną informację o pomocy de minimis lub innej pomocy publicznej przeznaczonej na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą otrzymanej po złożeniu wniosku o dofinansowanie ze środków Funduszu (załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez przedmiot ubiegający się o pomoc *de minimis* (Dz.U. Nr 53, poz. 311 z późn. zm.)			
15.	**<u>Jeżeli podmiot jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej :</u>**			
	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 dniem złożenia wniosku.			

WYPEŁNIA PCPR

I. Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:

Data i podpis pracownika PCPR

II. Ocena formalna wniosku: **pozytywna** ☐ **negatywna** ☐

Data i podpis pracownika PCPR

Uzasadnienie *(w przypadku negatywnej oceny formalnej)*:

……

……

……

……