

.....  
(Nr sprawy)

.....  
data wpływu wniosku (dzień, miesiąc, rok)

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**  
**ul. Wojska Polskiego 6**  
**83-110 Tczew**

## WNIOSEK

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

Dotyczy: osób prawnych i jednostek organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej

### Część A: Dane i informacje o Wnioskodawcy

#### 1. Nazwa i adres Wnioskodawcy:

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

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

(pieczęćka imienna)

(pieczęćka 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  | ..... zł |      |

#### 4. Informacje o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych:

|  |              |
|--|--------------|
| Wnioskodawca zatrudnia ogółem osób (w przeliczeniu na etaty)           | ..... etatów |
| Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne (w przeliczeniu na etaty) | ..... etatów |
| Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych                           | ..... %      |

**5. Informacje o działalności rehabilitacyjnej na rzecz osób niepełnosprawnych:**

|   |                  |                       |              |
|---|------------------|-----------------------|--------------|
| Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji: |                  |                       |              |
| zawodowej   | lecniczej        | społecznej            |              |
| Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)                 |                  |                       |              |
| w tym :   | do lat 18: ..... | powyżej lat 18: ..... | razem: ..... |

**6. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy****Informacje o stanie prawno - finansowym Wnioskodawcy:**

|   |                          |                                 |  |
|---|--------------------------|---------------------------------|--|
| Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy: | .....                    |                                 |  |
| .....                                       | .....                    |                                 |  |
| .....                                       | Status prawny            | REGON                           |  |
| .....                                       | Nr rejestru sądowego     | Data wpisu do rejestru sądowego |  |
| .....                                       | .....                    | .....                           |  |
| .....                                       | Organ założycielski      | Nr identyfikacyjny NIP          |  |
| .....                                       | .....                    | .....                           |  |
| .....                                       | Nr identyfikacyjny PFRON | Data uzyskania statusu ZPCH     |  |
| .....                                       | .....                    | .....                           |  |
| .....                                       | Nazwa banku              | Nr konta bankowego              |  |
| Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT        | Tak:                     | Nie:                            |  |

|   |       |
|---|-------|
| Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:  | ..... |
| .....   | ..... |
| .....   | ..... |
| Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy :   | ..... |
| cel działania, teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i kwalifikacje | ..... |
| rehabilitantów i techników,   | ..... |
| znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych   | ..... |
| .....   | ..... |

i inne informacje .....

**7. Dane osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy w sprawie**

- \* nazwisko i imię.....
- \* stanowisko.....
- \* dowód osobisty: seria.....nr.....  
wydany przez.....dnia.....
- \* miejsce zamieszkania(z kodem).....  
.....
- \* telefon.....fax.....

**8. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON**

| Cel<br>(nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu w ramach którego przyznana została pomoc) | Nr i data zawarcia umowy | Kwota przyznana         | Termin rozliczenia | Kwota rozliczona | Źródło finansowania |
|---|--------------------------|-------------------------|--------------------|------------------|---------------------|
|   |                          |                         |                    |                  |                     |
|   |                          |                         |                    |                  |                     |
|   |                          |                         |                    |                  |                     |
|   |                          |                         |                    |                  |                     |
|   |                          |                         |                    |                  |                     |
|   |                          |                         |                    |                  |                     |
| Razem:  |                          | Razem kwota rozliczona: |                    |                  |                     |



.....  
.....  
.....

**6. Informacje o posiadanych zasobach rzeczowych i kadrowych wskazujących na możliwość wykonania zadania**

a) informacja o zatrudnianiu fachowej kadry do obsługi zadania, lub zobowiązanie do jej zatrudnienia  
.....  
.....  
.....

b) informacja o posiadaniu odpowiednich warunków lokalowych i technicznych do realizacji zadania  
.....  
.....  
.....

**7. 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**

.....  
.....  
.....

**8. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**9. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania**

.....  
.....

.....

## 10. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON

..... złotych słownie .....

.....

.....  
Podpisy osób upoważnionych do reprezentowania Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych (z pieczętą imienną)

.....  
data

.....  
pieczęć Wnioskodawcy

*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 dokumentów jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny być sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.*

Pieczeń nagłówkowa organizacji

Tczew , dn.....

Oświadczam(y), że .....

.....  
.....:

nazwa i dane organizacji

1. nie zalega w opłacaniu składek za zatrudnionych pracowników na ubezpieczenia społeczne;
2. nie zalega z podatkami;
3. nie posiada zadłużenia;
4. w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, organizacja nie była stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie organizacji;
5. nie posiada zobowiązań w stosunku do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
6. dostarczy do tut. Urzędu listę niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z kserokopiami orzeczeń o stopniu niepełnosprawności , potwierdzonymi za zgodność z oryginałem nie później niż na 14 dni przed terminem rozpoczęcia imprezy;
7. posiada środki własne na realizację zaplanowanych imprez w części nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON;
8. jest / nie jest\* płatnikiem podatku VAT.

**Prawdziwość powyższych danych stwierdzam(y) własnoręcznym podpisem.  
Równocześnie oświadczam, że jestem(śmy) świadomy(i) odpowiedzialności karnej  
za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....

pieczęć nagłówkowa organizacji

.....

pieczęci imienne osób upoważnionych

\* niepotrzebne skreślić

## **Załączniki do wniosku:**

### **CZEŚĆ A**

1. aktualny wypis z rejestru sądowego,
2. dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej dwóch lat przed dniem złożenia wniosku,
3. oświadczenie o niezaleganiu w opłatach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników,
4. oświadczenie o niezaleganiu z podatkami,
5. pełnomocnictwo do reprezentacji Jednostki, podpisywania umów i zaciągania zobowiązań finansowych wymaganych do realizacji wniosków dofinansowywanych z środków PFRON,
6. jeżeli występuje zadłużenie organizacji – poświadczona informacja o jego wysokości i terminowości spłat, jeżeli nie występuje - oświadczenie o braku zadłużenia,
7. udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach,
8. kserokopię decyzji o nadaniu numeru statystycznego REGON z Głównego Urzędu Statystycznego,
9. kserokopię decyzji o nadaniu numeru identyfikacji podatkowej (NIP) z Urzędu Skarbowego,
10. oświadczenie, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, podmiot nie był stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu,
11. oświadczenie, że podmiot nie posiada zobowiązań w stosunku do PFRON.
12. kserokopie dokumentów potwierdzających posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł niż PFRON na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu,
13. kserokopie deklaracji wpłat na PFRON z ostatniego miesiąca obowiązku dokonania wpłaty (dotyczy jednostek zobowiązanych do wpłaty na PFRON ) lub oświadczenie o braku zobowiązania wpłat na PFRON z podaniem podstawy prawnej,
14. przedsiębiorca do wniosku dołącza 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,
15. pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej do wniosku dołącza: potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej, informację o wysokości i sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku oraz informację, o której mowa w pkt 11.

### **CZEŚĆ B**

1. program merytoryczny imprezy - nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania,
2. kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania,
3. lista niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z kserokopiami orzeczeń o stopniu niepełnosprawności lub równoważnych potwierdzonych za zgodność z oryginałem– do wglądu, bądź oświadczenie, w jakim terminie przed imprezą zostanie ona do tut. Urzędu dostarczona,

### **Uwaga !**

**Kserokopie dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem.**



### **Kto może ubiegać się o dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych?**

O dofinansowanie ze środków Funduszu organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych mogą ubiegać się osoby prawne i jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej, jeżeli:

1. prowadzą działalność statutową na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku,
2. udokumentują zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania,
3. udokumentują posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu.

### **Tryb postępowania**

Osoby prawne i jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej zainteresowane otrzymaniem dofinansowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych muszą:

1. pobrać w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie lub na stronie internetowej jednostki: <http://www.pcpr.tczew.pl> w zakładce „Formularze do pobrania”: *„Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych”*
2. złożyć w PCPR w/w Wniosek w **terminie do 30 listopada roku poprzedzającego realizację zadania**, jednakże informację o przyznaniu dofinansowania na realizację założonych we wniosku zadań zainteresowani otrzymają dopiero w roku następnym, po otrzymaniu informacji o wysokości środków PFRON przypadających dla Powiatu Tczewskiego i podziale tych środków na zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych przez Radę Powiatu Tczewskiego; maksymalnie w ciągu miesiąca od daty podjęcia uchwały zainteresowani otrzymają informację o sposobie załatwienia sprawy,
3. dofinansowanie następuje na podstawie umowy zawartej pomiędzy starostą a wnioskodawcą, dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy,
4. wysokość dofinansowania zadania **wynosi do 60 % kosztów przedsięwzięcia**,
5. dofinansowanie przyznawane jest tylko dla niepełnosprawnych mieszkańców Powiatu Tczewskiego.