



**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Skarżysku - Kamiennej**

26-110 Skarżysko Kam., Plac Floriański 1, Tel./Fax 41 2521953 wew 41
tel. 41 262 95 51 tel. kom. 531 210 156

.....
(pieczęć wnioskodawcy)

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych sportu, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych
mieszkańców Powiatu Skarżyskiego

CZĘŚĆ I: INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

Nazwa i adres Wnioskodawcy

.....				
..... Miejscowość Kod pocztowy Ulica Nr Województwo
Nr tel..... tel. kom. ; e – mail:.....				

Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych:

(pieczęć imienna)
Podpis

1/
dowód osob. seria.....
wydany przez
zam.
.....
PESEL
Tel.

(pieczęć imienna)
Podpis

2/
dowód osob. seria.....
wydany przez
zam.
.....
PESEL
Tel.

Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:		
Status prawny:	REGON:	
Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:	Data wpisu do rejestru sądowego lub do ewidencji działalności gospodarczej:	
Organ założycielski:	NIP:	
Nazwa banku:	Nr rachunku bankowego:	
Czy wnioskodawca jest płatnikiem VAT	Tak*	Nie*
Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:		
Informacja o osobach niepełnosprawnych pozostających w zasięgu działania Wnioskodawcy:		
Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych co najmniej w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku:		
TAK (proszę podać datę od kiedy): NIE		
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością (przeciętnie w miesiącu)		
ogółem:		
w tym: do 18 roku życia: powyżej 18 roku życia:		

* właściwe zaznacz x

Informacje o korzystaniu ze środków PFRON w okresie ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON

TAK***NIE ***

Lp	Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
1.					
2.					
3					

Syntetyczny opis działalności Wnioskodawcy na rzecz osób niepełnosprawnych:

1. Cel działania:**2. Teren działania :****3. Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością:****4. Specjalistyczna kadra wnioskodawcy i jej kwalifikacje :****5. Znaczenie działalności wnioskodawcy na rzecz osób niepełnosprawnych :****6. Inne informacje:**

*niepotrzebne skreślić x

CZĘŚĆ II: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

Zakres wnioskowanego dofinansowania-nazwa zadania	
Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia:	
1. Całkowity koszt przedsięwzięcia:	
2. Deklarowana wysokość środków własnych (sponsorzy, Urzędy, darowizny, inne):	zł
3. Inne udokumentowane źródła finansowania ogółem: wykazano w środkach własnych	
4. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON (do 60% kosztów przedsięwzięcia): zł (słownie zł /100)	
5. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek w raz z podaniem źródeł finansowania.	
Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie przedsięwzięcia * - sportowego ____ - kulturalnego _____ - rekreacyjnego ____ - turystycznego _____	
Termin rozpoczęcia i czas realizacji przedsięwzięcia: dzień w okresie od	
Miejsce realizacji przedsięwzięcia (dokładny adres) –	
Liczba uczestników ogółem:..... w tym osób niepełnosprawnych	
Co stanowi% ogólnej liczby uczestników.	
Liczba osób niepełnosprawnych z terenu Powiatu Skarżyskiego:	
W tym: do 18 roku życia: powyżej 18 roku życia	
liczba kobiet....., liczba osób ze wsi	

* właściwe zaznaczyć X

Przewidywane efekty – cel dofinansowania

1. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłem stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie – Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z Nr 96, poz. 861 z późn. zm.)
2. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadłą do obsługi przedsięwzięcia/zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi przedsięwzięcia*
3. Oświadczam, że posiadam/zabezpieczę* odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe do realizacji przedsięwzięcia.
4. Oświadczam, że przy korzystaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będę stosował zasady postępowania określone w ustawie prawo zamówień publicznych.
5. Oświadczam, że jestem/nie jestem* zaliczony do sektora finansów publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2009r. Nr 157, poz. 1240).
6. Oświadczam, że jestem/nie jestem* przedsiębiorcą w rozumieniu zapisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U Nr 173, poz. 1807, z późn. zm.)
7. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Skarżysku-Kam.
8. Prawdziwość danych podanych we wniosku o dofinansowanie stwierdzam własnoręcznym podpisem.
9. Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającą z art. 233 § 1,2 i 3 Kodeksu karnego.
10. **Zobowiązuje się załączać do sprawozdań listę osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie, Powiatu Skarżyskiego biorących udział w zadaniu, wraz ze wskazaniem: stopnia niepełnosprawności, miejscem zamieszkania na miasto/wieś, liczby osób do lat 24 roku życia uczących się nie pracujących.**
11. **Zobowiązuje się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Skarżysku – Kamiennej w ciągu 14 dni o każdej zmianie zaistniałej po złożeniu wniosku.**

.....
(data i podpis osoby uprawnionej
do reprezentacji Wnioskodawcy)

.....
(data i podpis osoby uprawnionej
do reprezentacji Wnioskodawcy)

*niepotrzebne skreślić x

Wykaz załączników (dokumentów) wymaganych do części I i II wniosku (kolumny 1 i 2 wypełnia pracownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie)

Nazwa załącznika	1. Załączono do wniosku tak/nie	2. Uzupełniono dnia
1. Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej /ważny 3 miesiące od daty wystawienia/		
2. Statut		
3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)		
4. Udokumentowanie posiadania rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach		
5. Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji przedsięwzięcia - program merytoryczny		
6. Udokumentowanie posiadania środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON		
7. Kosztorys		
8. Lista niepełnosprawnych uczestników realizowanego przedsięwzięcia wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności/ zobowiązanie do dostarczenia w/w listy w terminie późniejszym z podaniem daty*		
9. Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku		

* **niepotrzebne skreślić**

(pieczętka imienna, podpis pracownika, data)

Podpis

Pouczenie

Prawidłowo wypełniony wniosek posiada uzupełnione wszystkie rubryki w części I oraz w części II; w przypadkach nie dotyczących wnioskodawcy należy w odpowiedniej rubryce dokonać wpisu "nie dotyczy". Jeśli w formularzu przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce dokonać adnotacji "Dołączono – załącznik nr do części" czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza wniosku. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

KOSZTORYS ZADANIA:

Termin realizacji zadania:

Liczba osób niepełnosprawnych biorących udział w zadaniu:

Proponowany zakres dofinansowania

.....

Skarżysko-Kamienna

Lp.	Wyszczególnienie*	Koszt całkowity	Środki własne lub sponsorów	Wnioskowana kwota
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
RAZEM:				

* podać w rozbiciu na koszty jednostkowe

Wnioskodawca oświadcza, że posiada środki własne niezbędne do realizacji zadania, w kwocie nie mniejszej niż:

.....
(data i podpis osoby uprawnionej
do reprezentacji Wnioskodawcy)

.....
(data i podpis osoby uprawnionej
do reprezentacji Wnioskodawcy)