……………………………………………..……

 (Pieczęć Wnioskodawcy)

 Numer sprawy………………………………….

 Data wpływu wniosku…..……………………..

 (wypełnia MOPR we Włocławku)

**W N I O S E K**

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

**Niniejszy wniosek należy złożyć w terminie do 30 listopada roku poprzedzającego realizację zadania – 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 (tekst jednolity - Dz.U. z 2015 r. poz. 926).**

|  |
| --- |
| **CZEŚĆ A: INFORMACJE O WNIOSKODAWCY** |

**1.Nazwa podmiotu, siedziba i adres:**

………………………………………………………………………………………………..…

(pełna nazwa Wnioskodawcy)

………………………………………………………………………………….……………….

(dokładny adres siedziby: kod pocztowy miejscowość, ulica , numer budynku i lokalu)

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

(dane do kontaktu: telefon, fax, mail)

**2.Osoby uprawnione do reprezentowania Wnioskodawcy w sprawie:**

1. ……………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko – funkcja/stanowisko)

1. ……………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko – funkcja/stanowisko)

**3. Informacje o Wnioskodawcy:**

|  |  |
| --- | --- |
| Status prawny i podstawa działania Wnioskodawcy |  |
| Nr rejestru sądowego, ewidencji działalności gospodarczej lub umowy spółki (jeśli dotyczy) |  |
| Organ założycielski |  |
| REGON |  |
| Numer identyfikacji Podatkowej NIP |  |
| Nazwa banku |  |
| Numer konta bankowego |  |

**4. Informacja o realizacji przez Wnioskodawcę obowiązku wpłat na rzecz PFRON** (zaznaczyć właściwą odpowiedź):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON | tak | nie |
| W przypadku wyboru odpowiedzi „nie” proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON  |  |
| Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON | tak | nie |
| W przypadku wyboru odpowiedzi „tak” proszę podać kwotę zaległości |  |

**5. Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy:**

|  |
| --- |
| Opis działań zrealizowanych przez Wnioskodawcę na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku: |
| Cel działania: |
| Liczba osób objętych działalnością, w tym niepełnosprawnych: |
| Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje: – (załączyć kserokopie uzyskanych certyfikatów, zaświadczeń z ukończonych kursów, szkoleń) |
| Znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych: |
| Informacje dodatkowe:  |

**6. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON** (zaznaczyć właściwą odpowiedź):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy Wnioskodawca wcześniej korzystał ze środków PFRON | tak | nie |

W przypadku wyboru odpowiedzi „tak” proszę wypełnić tabelę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Numer zawartej umowy | Cel przyznania dofinansowania | Data przyznania dofinansowania | Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 **7. Informacje inne:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy Wnioskodawca w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie | tak | nie |
| Jeśli **tak** to należy podać nr i datę zawartej umowy: ………………………………………………….. |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa załącznika | Załączono do wniosku (wypełnia MOPR) |  |
| tak | nie | Nie dotyczy | Data uzupełnienia |  |
| 1. Aktualny wypis z rejestru sądowego, wypis z ewidencji działalności gospodarczej lub umowa spółki (jeśli dotyczy) |  |  |  |  |  |
| 2.Statut (jeśli dotyczy) |  |  |  |  |  |
| 3.REGON |  |  |  |  |  |
| 4.NIP |  |  |  |  |  |
| 5.Sposób reprezentacji - pełnomocnictwo (jeśli dotyczy) |  |  |  |  |  |
| 6. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach |  |  |  |  |  |
| 7.Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………… |  |  |  |  |  |
| 8. Dotyczy Wnioskodawcy prowadzącego działalność gospodarczą:1. 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,
2. informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką Wnioskodawca 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 Wnioskodawca nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy
 |  |  |  |  |  |
| 9. Dotyczy Wnioskodawcy, który jest pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej: a) potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej, b) informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku, c) 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, d) informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką Wnioskodawca otrzymał w odniesieniu do tych samych  Kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis,1. oświadczenie, że Wnioskodawca nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy
 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| CZĘŚĆ B: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE DOFINANSOWANIA WNIOSKU |

**1. Opis merytoryczny planowanego zadania:**

|  |
| --- |
| Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie organizacji zadania z zakresu (zaznaczyć właściwe):* sportu
* kultury
* turystyki
* rekreacji
 |
| (Należy podać następujące informacje: nazwa zadania, cele zadania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania wraz z harmonogramem, opis warunków technicznych, posiadane przez kadrę stosowne uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do realizacji zadania): |

|  |
| --- |
| Ogólna liczba uczestników: ……………………………… osób, w tym: 1. osób niepełnosprawnych (mieszkańcy Miasta Włocławek) ………… oraz ich opiekunowie …………

(dzieci i młodzież: ………………………… - opiekunowie dzieci i młodzieży ………………………. osoby dorosłe: …………………………...… - opiekunowie dorosłych ……………………………….) Uzasadnienie konieczności uczestniczenia opiekunów:…………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………1. osoby niepełnosprawne z innych powiatów (nieobjęte dofinansowaniem): ..............................................
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Planowane miejsce realizacji zadania (województwo, powiat, miejscowość, adres) |  |
| Termin rozpoczęcia i zakończenia realizacji zadania |  |

**2.Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:**

|  |
| --- |
|  |

**3 .Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego typu:**

|  |
| --- |
|  |

**4. Udział Partnerów w realizacji zadania**  *(należy wypełnić o ile dotyczy*):

|  |
| --- |
| Nazwa i adres Partnera/Partnerów: |
| Opis zakresu odpowiedzialności Partnera/Partnerów: |

**5. Budżet zadania**

|  |
| --- |
| Przewidywany łączny koszt realizacji zadania ………………………………………………………..……..zł |
| Deklarowane środki własne przeznaczone na realizację zadania:………………………………………….. zł |
| Inne źródła finansowania ( udokumentowane) – ogółem:………………………….……………………… zł * ………………………………….........................-………………………………….…………… . zł
* …………………………………………………-……………………………….………………….zł
 |
| Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: ……………………………..………………….zł(słownie: ………………………………………………………………………..…………………….…… .zł) |
| Powyższe dofinansowanie dotyczy……………. osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie miasta Włocławek w tym:* osoby dorosłe - ………………………….., opiekunowie …………………………………….
* dzieci i młodzież - ………………………., opiekunowie …………………………………….
 |

|  |
| --- |
| Informacja na temat ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania: |
|  |

…………………………………………………………. ………………………………………………………….

 *(Data i podpis osoby uprawnionej do (Data i podpis osoby uprawnionej do*

 *reprezentowania Wnioskodawcy) reprezentowania Wnioskodawcy)*

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa załącznika | Załączono do wniosku | Nie załączono do wniosku | Data uzupełnienia |
| ( wypełnia pracownik MOPR) |
| Kosztorys wydatków związanych z realizacją planowanego zadania - sporządzony wg wzoru stanowiący załącznik wniosku |  |  |  |
| Dokumentacja związana z zapewnieniem odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |  |
| Dokumentacja dotycząca posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |  |
| Inne dokumenty:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |  |