

# POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W LUBACZOWIE

...../.....  
(numer kolejny wniosku)

(pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek)

.....  
(data wpływu wniosku do PCPR w Lubaczowie /dzień, miesiąc, rok)

## WNIOSEK

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

### CZĘŚĆ A: DANE I INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

#### I.A. Nazwa i adres Wnioskodawcy

Pełna nazwa:.....  
.....  
.....

Miejscowość	Kod pocztowy	Nr posesji	Ulica	Gmina
Powiat	Województwo	Nr tel.: kier.	Nr telefonu	Nr fax

#### II.A. Osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

<i>(pieczęćka imienna)</i>	<i>(pieczęćka imienna)</i>
podpis.....	podpis.....

### III.A. Informacje o stanie prawno – finansowym Wnioskodawcy

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy:	
lokalny <input type="checkbox"/>	ogólnopolski <input type="checkbox"/>
Status prawny	REGON
Nr rejestru sądowego	Data wpisu do rejestru sądowego
Organ założycielski	Nr identyfikacyjny NIP
Nazwa banku	Nr rachunku bankowego
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:      tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	

### IV.A. Informacje o prowadzonej przez Wnioskodawcę działalności na rzecz osób niepełnosprawnych

Cel działania	
Teren działania <i>(nazwa powiatu, nazwa gminy, nazwa województwa)</i>	
Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych	
Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy	
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością	
Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych	

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

## VI.A. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Podstawa prawna zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Kwota zaległości (na dzień złożenia wniosku)	.....zł	

## VII.A. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON (za okres ostatnich 3 lat)

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON:                      tak <input type="checkbox"/>					nie <input type="checkbox"/>
Cel <i>(nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu celowego, w ramach którego przyznana została pomoc)</i>	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona	
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:		

\* właściwe zaznaczyć

## Załączniki (dokumenty) wymagane do Części A wniosku

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku
1.	Aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej	
2.	Statut	
3.	Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, dłużej niż dwa lata	
4.	Sposób reprezentacji (z mocy ustawy, wpis w rejestrze sądowym, pełnomocnictwo)	
5.	Udokumentowanie posiadania rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach	
6.	Informacja 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 – <i>dotyczy przedsiębiorców i pracodawców prowadzących Zakład Pracy Chronionej</i>	
7.	Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu Zakładu Pracy Chronionej – <i>dotyczy pracodawców prowadzących Zakład Pracy Chronionej</i>	
8.	Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku – <i>dotyczy pracodawców prowadzących Zakład Pracy Chronionej</i>	
9.	Inne dokumenty (wypełnia PCPR) a) ..... b) ..... c) ..... d).....	

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części A wniosku**

.....  
 (podpis pracownika PCPR)

## CZEŚĆ B: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

### I.B. Przedmiot wniosku, cel dofinansowania

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

#### Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie imprezy\*:

1. integracyjnej	
2. sportowej	
3. kulturalnej	
4. rekreacyjnej	
5. turystycznej	
w tym: zakupu sprzętu sportowego	

Liczba uczestników .....

w tym osób niepełnosprawnych: ..... do lat 18: ..... powyżej lat 18: .....

razem osób niepełnosprawnych: ..... co stanowi .....% ogólnej liczby uczestników

### II.B. Miejsce realizacji zadania

Pełna nazwa:

Miejscowość	Kod pocztowy	Nr posesji	Ulica	Gmina
Powiat	Województwo	Nr tel.: kier.	Nr tel.	Nr fax.

\* właściwe zaznaczyć

### III.B. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

..... (czas realizacji proszę określić w miesiącach)
---

### IV.B. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych

..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
---

### V.B. Informacja o zabezpieczeniu warunków lokalowych, technicznych i kadrowych niezbędnych do realizacji zadania

..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
---

### VI.B. Wartość kosztorysowa przedsięwzięcia

A.	Przewidywany łączny koszt realizacji przedsięwzięcia: .....zł
B.	Własne środki przeznaczone na realizację przedsięwzięcia: .....zł
C.	Inne źródła finansowania ogółem ( <i>środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON</i> ): .....zł
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .....zł (słownie: .....)
<b>Uwaga!</b>	
Wnioskowana kwota dofinansowania (D) nie może być większa niż 60% planowanego łącznego kosztu realizacji przedsięwzięcia (A).	



**Oświadczenia:**

**Oświadczam**, że reprezentowany przeze mnie podmiot prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.

**Oświadczam**, że reprezentowany przeze mnie podmiot zobowiązuje się do pokrycia udziału własnego w kosztach realizacji zadania.

**Oświadczam**, że reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.

**Oświadczam**, że reprezentowany przeze mnie podmiot jest\*/nie jest\* pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej.

**Oświadczam**, że reprezentowany przeze mnie podmiot jest\*/nie jest\* przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017 r., poz. 2168 z późn. zm.).

**Oświadczam**, że reprezentowany przeze mnie podmiot jest\*/nie jest\* płatnikiem VAT w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. – o podatku od towarów i usług (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1221, z późn. zm.).

**Oświadczam**, że zapoznałem(-łam) się z zasadami dofinansowania do organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych.

**Oświadczam**, że zapoznałem(-łam) się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Lubaczowie.

**Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t. j. Dz.U. z 2018 r. poz. 1600) w związku z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. – Kodeks postępowania administracyjnego (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1257, z późn. zm.) oświadczam, że informacje zawarte w części A i B wniosku oraz w załącznikach do wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.**

**O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.**

**UWAGA!** Podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą skutkuje przekazaniem wniosku do archiwum bez rozpatrzenia.

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

.....  
(podpisy i pieczętki osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy /pieczętka Wnioskodawcy)

**UWAGA!**

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

\* *niepotrzebne skreślić*



## C. ADNOTACJE PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK

### I C. Karta oceny wniosku

<b>KARTA OCENY WNIOSKU</b>					
<b>Kryteria oceny wniosków</b>			<b>Liczba punktów</b>	<b>Zdobyte punkty</b>	<b>Uwagi dodatkowe</b>
<b>1.</b>	<b>Udział osób niepełnosprawnych z terenu powiatu</b>	Powyżej 100 osób	4		
		Od 50 do 100 osób	3		
		Od 25 do 49 osób	2		
		Poniżej 25 osób	1		
<b>2.</b>	<b>Udział środków finansowych Wnioskodawcy (lub pozyskanych z innych źródeł), zaangażowanych w realizację przedsięwzięcia.</b>	Powyżej 60 %	4		
		od 51 % do 60%	3		
		od 41- do 50 %	2		
		40%	1		
<b>3.</b>	<b>Wartość merytoryczna przedsięwzięcia.</b>	W skali od 0 do 6	6		
			5		
			4		
			3		
			2		
			1		
			0		
<b>4.</b>	<b>Punktacja dodatkowa: Wnioskodawca, który wykazuje się dużą aktywnością i osiągnięciami w działalności na rzecz osób niepełnosprawnych</b>	W skali od 0 do 2	2		
			1		
			0		
<b>5.</b>	<b>Maksymalna ilość punktów</b>		16		
<b>6.</b>	<b>Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania</b>		8		
<b>7.</b>	<b>Liczba zdobytych punktów</b>				



**Preliminarz sprzętu sportowego**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa</b>	<b>Ilość sztuk</b>	<b>Cena jednostkowa</b>	<b>Wartość ogółem</b>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
<b>Razem:</b>				

.....  
(podpis i pieczęć Wnioskodawcy)

**Kosztorys rzeczowo - finansowy obejmujący rodzaje kosztów związanych z realizacją zadania**

Lp.	Zakres rzeczowy wg rodzajów kosztów	Zakres finansowy						Do weryfikacji /wypełnia PCPR/
		Liczba jednostek	Cena jednostkowa	Rodzaj miary	Całkowita wartość rodzajów kosztów	Udział własny	Kwota dofinansowania ze środków PFRON	
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
<b>Razem:</b>								
					<b>co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:</b>	<b>40 %</b>	<b>60 %</b>	
<p>.....</p> <p><i>(podpis i pieczęćka Wnioskodawcy)</i></p>								<p>.....</p> <p><i>(Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lubaczowie)</i></p>