



Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Busku - Zdroju  
Ul. Mickiewicza 27 28-100 Busko-Zdrój  
tel. 41 378 84 58, 370 81 88  
e-mail: pcprbusko@interia.pl www.centrumbusko.pl

Wniosek złożono w PCPR w dniu .....20/ / roku  
Nr sprawy .....

.....  
pieczęć lub nazwa  
Wnioskodawcy

**Powiatowe Centrum Pomocy  
Rodzinie w Busku - Zdroju  
Al. Mickiewicza 27  
28 - 100 Busko - Zdrój  
tel. 370 – 81 – 88**

## WNIOSEK

### **o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych sportu, kultury, turystyki i rekreacji osób niepełnosprawnych będących mieszkańcami Powiatu Buskiego**

Wnioski należy składać w terminie do dnia 30 listopada roku poprzedzającego realizację

#### **1. Nazwa i adres Wnioskodawcy:**

<b>Pełna nazwa:</b>				
		-		
<b>Miejscowość</b>	<b>Kod pocztowy</b>	<b>Nr posesji</b>	<b>Ulica</b>	<b>Gmina</b>
<b>Powiat</b>	<b>Województwo</b>	<b>Nr tel. : kier.</b>	<b>Nr tel.</b>	<b>Nr fax</b>

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

.....

.....

**3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:**

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON	.....	
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości	.....	

**4. Informacje o zatrudnieniu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych:**

Wnioskodawca zatrudnia ogółem osób ( w przeliczeniu na etaty )			
Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne ( w przeliczeniu na etaty )			
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych ..... %			
Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji			
<input type="checkbox"/> zawodowej	<input type="checkbox"/> leczniczej	<input type="checkbox"/> społecznej	
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną ( przeciętnie w miesiącu )			
w tym:	Do lat 18: .....	Powyżej lat 18: .....	Razem: .....

**5. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:**

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy:			
.....			
.....			
..... status prawny		..... REGON	
..... Nr rejestru sądowego		..... Data wpisu do ewidencji	
..... Organ założycielski		..... Nr identyfikacyjny NIP	
..... Nazwa banku		..... Nr konta bankowego	
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT		Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy	.....		
	.....		
	.....		




Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania / nazwa imprezy / zakup sprzętu sportowego – cel realizacji zadania.

<b>Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia:</b> .....
1. Deklarowane środki własne: .....
2. Inne źródła finansowania ogółem: .....
a) .....
b) .....
c) .....
3. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu: .....

**8. Informacje o przedmiocie wniosku**

słownie złotych:	
.....	
.....	
<b>Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie:</b>	
Imprezy integracyjnej <input type="checkbox"/>	Zakupu sprzętu sportowego <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sportowej <input type="checkbox"/> kulturalnej	



## 11. Załączniki wymagane do wniosku:

1. Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania – program merytoryczny imprezy.
2. Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON.
3. Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania.
4. Inne dokumenty wymagane przez PCPR.
5. Inne dokumenty świadczące na korzyść Wnioskodawcy.
6. 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.
7. Aktualny wypis z rejestru sądowego ( ważny 3 miesiące ).
8. Statut, który powinien zawierać zapis o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub inne dokumenty potwierdzające prowadzenie takiej działalności przez okres minimum 2 lat przed datą złożenia wniosku lub dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych dłużej niż dwa lata.
9. Sposób reprezentacji ( pełnomocnictwo ).
10. Udokumentowanie posiadania konta bankowego ( umowa na prowadzenie rachunku lub zaświadczenie z banku ).
11. Numer identyfikacji podatkowej ( NIP ).
12. Oświadczenie o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu
13. Informacja o otrzymanej pomocy publicznej w okresie trzech lat poprzedzających złożenie wniosku ( dotyczy przedsiębiorców ).
14. Pracodawcy prowadzący zakład pracy chronionej składają potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej; oraz informację o wysokości i sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku.
15. Dokumenty potwierdzające posiadanie warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania.

*We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki – 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 rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.*

**Oświadczam, że podane we wniosku informacje są zgodne z prawdą.**

.....  
data i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy