

.....  
pieczęć wnioskodawcy

**Powiatowe Centrum  
Pomocy Rodzinie  
ul. Małomłyńska 1  
86-300 Grudziądz**

<p align="center"><b>WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ORGANIZACJI SPORTU, KULTURY, REKREACJI I TURYSTYKI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZE ŚRODKÓW PFRON</b></p>
--

Podmioty uprawnione do złożenia wniosku:

- osoby prawne
- jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej

I. Informacje ogólne

1. Dane wnioskodawcy

- nazwa.....  
.....
- adres siedziby.....  
.....  
.....
- NIP.....
- REGON.....
- status prawny.....
- podstawa działania.....
- data rozpoczęcia prowadzenia działalności statutowej na rzecz osób  
niepełnosprawnych.....
- nazwa banku i nr rachunku bankowego.....  
.....

2. Dane osoby upoważnionej do prowadzenia sprawy

- imię i nazwisko.....
- nr telefonu.....

3. Krótki opis dotychczasowej działalności związanej z działalnością na rzecz  
osób niepełnosprawnych

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Informacja o dotychczas przyznanych środkach z PFRON

Lp.	Data przyznania dofinansowania	Numer umowy	Cel	Kwota	Sposób wygaśnięcia zobowiązania albo stan rozliczenia

II. Dane dotyczące realizacji zadania objętego wnioskiem o dofinansowanie

1. Miejsce realizacji zadania.....

.....

.....

2. Cel dofinansowania.....

.....

.....

.....

- ilość osób niepełnosprawnych uczestniczących w przedsięwzięciu
- dzieci do lat 18 -.....
- w tym mieszkańcy powiatu grudziądzkiego .....
- osoby dorosłe -.....
- w tym mieszkańcy powiatu grudziądzkiego .....
- w tym – ze znacznym stopniem niepełnosprawności -.....
- z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności -.....
- z lekkim stopniem niepełnosprawności -.....



6. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych

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

7. Oświadczam, że podmiot, w imieniu którego wniosek jest składany nie ma zaległości wobec PFRON i że nie był w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu oraz, ze:

- prowadzi** /  **nie prowadzi\*** działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej,
- jest** /  **nie jest\*** pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej.

8. wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku i załączonych dokumentach do celów przyznania dofinansowania ze środków Funduszu.

9. Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą. Zgodnie z art. 233 § 1 k.k. (Dz. U. z 2016r. poz.1137 z późn. zm.), kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataj prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do 6 miesięcy do 8 lat.

.....  
Podpis i pieczęćka imienna

**Załączniki :**

1. Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego (ważny 3 miesiące)
2. Kopia statutu lub regulaminu
3. Pełnomocnictwo do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu wnioskodawcy.
4. Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych za okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.
5. Dokumenty potwierdzające zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania (np. oświadczenie wnioskodawcy).

6. Dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.
7. Kosztorys realizacji zadania.
8. Harmonogram realizacji zadania.
9. W przypadku, gdy podmiot jest:
  - 1) podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej – do wniosku dołącza:
    - a) zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie,
    - b) informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis;
  - 2) pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej – do wniosku dołącza:
    - a) potwierdzoną kopię 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) informację, o której mowa w ppkt 1).

**UWAGA: Wniosek należy złożyć do dnia 30 listopada roku poprzedzającego realizację zadania**