

Nr wniosku

data wpływu

.....
Pieczętka wnioskodawcy**WNIOSEK****o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych sportu, kultury, turystyki i rekreacji****Część A: Informacje o Wnioskodawcy****Dane o Wnioskodawcy:**

- Pełna nazwa
- Adres
- Telefon fax

Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągnięcia zobowiązań finansowych Wnioskodawcy:

(pieczętka imienna)

(pieczętka imienna)

podpis:

podpis:

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"/>
Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON	
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości zł	

Informacje o zatrudnieniu i rehabilitacji 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 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:

Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy:	
Status prawny	REGON
Nr rejestru sądowego	Data wpisu do rejestru sądowego
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:	
Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy: cel działania, teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje	

Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON					Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło: PFRON, SAMORZĄD POWIATOWY	
w tym na rzecz:						

Syntetyczny opis efektów przyznanego i wykorzystanego dofinansowania	
--	--

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie <i>/wypełnia pracownik MZRON/</i>	Data uzupełnienia
1. Aktualny wypis z rejestru sądowego <i>/ważny 3 miesiące/</i>			
2. Statut			
3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)			
4. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części A Wniosku

(pieczętka imienna, podpis pracownika MZRON, data)

podpis:

Część B: Informacje o przedmiocie wniosku

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania /nazwa imprezy / zakup sprzętu sportowego/

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

Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia:

1.	Deklarowane własne środki:	
2.	Inne źródła finansowania ogółem:	z tego:
a)		
b)		
c)		
3.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu:	zł.
	kwota słownie:	
	

Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie:

imprezy integracyjnej <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sportowej <input type="checkbox"/> kulturalnej <input type="checkbox"/> turystycznej <input type="checkbox"/> rekreacyjnej	zakupu sprzętu sportowego <input type="checkbox"/>
--	--

Termin i miejsce rozpoczęcia imprezy

		-					
miejscość	kod pocztowy		ulica	powiat	województwo		

Liczba uczestników:

w tym osób niepełnosprawnych	do lat 18:	powyżej lat 18:
Razem osób niepełnosprawnych:	co stanowi% ogólnej liczby uczestników	

Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku:

Przewidywane efekty:

Załączniki wymagane do wniosku

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku <i>tak/nie</i>	Uzupełniono <i>tak/nie</i>	Data uzupełnienia
	<i>/wypełnia MZRON/</i>		
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. Lista niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności (nie dotyczy imprez masowych)			
5. Inne dokumenty			
a) Oświadczenie Wnioskodawcy, że nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON			
b)			
c)			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części B Wniosku

(pieczętka imienna, podpis pracownika MZRON, data)

podpis:

Oświadczam, że w części **A** i w części **B** informacje są zgodne z prawdą.

1. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania / zobowiązuje się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania.*
2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.

Miejski Zespół ds. Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych informuje, że w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek zostanie przekazany do archiwum bez rozpatrzenia.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części A oraz części 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*

.....
*/data, pieczęć i podpisy osób
uprawnionych do reprezentacji
Wnioskodawcy/*

.....
/pieczęć MZRON/

Opinia do wniosku nr

nazwa wnioskodawcy		
przedmiot wniosku		
kwota wnioskowana		słownie:
nr decyzji		
opisowa część opinii		
kwota przyznana		słownie:

.....
/pieczęć i podpis pracownika/

.....
pieczęć i podpis Dyrektora/