

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:
<b>Razem osób niepełnosprawnych:</b>	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/*