



**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
w Skarżysku - Kamiennej**

26-110 Skarżysko Kam., ul. Tysiąclecia 22, Tel. /Fax 041 2521953  
pcpr.sko@wp.pl

.....  
(pieczęć wnioskodawcy)

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób**  
**Niepełnosprawnych sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych**  
**mieszkańców Powiatu Skarżyskiego**

**CZĘŚĆ I: INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**

Nazwa i adres Wnioskodawcy

.....				
..... Miejscowość	..... Kod pocztowy	..... Ulica	..... Nr	..... Województwo
Nr tel..... tel. kom. .... ; e – mail:.....				

**Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych:**

(pieczęć imienna)
Podpis .....

1/ .....  
dowód osob. seria.....  
wydany przez .....  
zam. ....  
.....  
PESEL .....  
Tel. ....

(pieczęć imienna)
Podpis .....

2/ .....  
dowód osob. seria.....  
wydany przez .....  
zam. ....  
.....  
PESEL .....  
Tel. ....

<b>Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:</b>		
<b>Status prawny:</b>	<b>REGON:</b>	
<b>Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:</b>	<b>Data wpisu do rejestru sądowego lub do ewidencji działalności gospodarczej:</b>	
<b>Organ założycielski:</b>	<b>NIP:</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	<b>Nr rachunku bankowego:</b>	
<b>Czy wnioskodawca jest płatnikiem VAT</b>	Tak*	Nie*
<b>Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:</b>		
<b>Informacja o osobach niepełnosprawnych pozostających w zasięgu działania Wnioskodawcy:</b>		
Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych co najmniej w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku:		
TAK (proszę podać datę od kiedy): ..... NIE .....		
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością (przeciętnie w miesiącu)		
ogółem:		
w tym: do 18 roku życia: ..... powyżej 18 roku życia: .....		

\* właściwe zaznacz x

**Informacje o korzystaniu ze środków PFRON w okresie ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku:**

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON

**TAK\*****NIE \***

Lp	Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
1.					
2.					
3					

Syntetyczny opis działalności Wnioskodawcy na rzecz osób niepełnosprawnych:

**1. Cel działania:****2. Teren działania :****3. Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością:****4. Specjalistyczna kadra wnioskodawcy i jej kwalifikacje :****5. Znaczenie działalności wnioskodawcy na rzecz osób niepełnosprawnych :****6. Inne informacje:**

\*niepotrzebne skreślić x

## CZĘŚĆ II: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

<b>Zakres wnioskowanego dofinansowania-nazwa zadania</b>	
<b>Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia:</b>	
1. Całkowity koszt przedsięwzięcia:	
2. Deklarowana wysokość środków własnych (sponsorzy, Urzędy, darowizny, inne):	zł
3. Inne udokumentowane źródła finansowania ogółem: wykazano w środkach własnych	
4. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON ( <b>do 60% kosztów przedsięwzięcia</b> ): ..... zł (słownie ..... zł /100)	
5. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek w raz z podaniem źródeł finansowania. .....	
<b>Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie przedsięwzięcia *</b> - sportowego ____ - kulturalnego _____ - rekreacyjnego ____ - turystycznego _____	
Termin rozpoczęcia i czas realizacji przedsięwzięcia: dzień w okresie od	
Miejsce realizacji przedsięwzięcia (dokładny adres) –	
Liczba uczestników ogółem:..... w tym osób niepełnosprawnych .....	
Co stanowi .....% ogólnej liczby uczestników.	
Liczba osób niepełnosprawnych z terenu Powiatu Skarżyskiego: ..... W tym: do 18 roku życia: ..... powyżej 18 roku życia ..... liczba kobiet....., liczba osób ze wsi .....	

\* właściwe zaznaczyć X

## Przewidywane efekty – cel dofinansowania

1. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłem stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie – Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z Nr 96, poz. 861 z późn. zm.)
2. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadłą do obsługi przedsięwzięcia/zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi przedsięwzięcia\*
3. Oświadczam, że posiadam/zabezpieczę\* odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe do realizacji przedsięwzięcia.
4. Oświadczam, że przy korzystaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będę stosował zasady postępowania określone w ustawie prawo zamówień publicznych.
5. Oświadczam, że jestem/nie jestem\* zaliczony do sektora finansów publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2009r. Nr 157, poz. 1240).
6. Oświadczam, że jestem/nie jestem\* przedsiębiorcą w rozumieniu zapisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej ( Dz.U Nr 173, poz. 1807, z późn. zm.)
7. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Skarżysku-Kam.
8. Prawdziwość danych podanych we wniosku o dofinansowanie stwierdzam własnoręcznym podpisem.
9. Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającą z art. 233 § 1,2 i 3 Kodeksu karnego.
10. **Zobowiązuje się załączać do sprawozdań listę osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie, Powiatu Skarżyskiego biorących udział w zadaniu, wraz ze wskazaniem: stopnia niepełnosprawności, miejscem zamieszkania na miasto/wieś, liczby osób do lat 24 roku życia uczących się nie pracujących.**
11. **Zobowiązuje się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Skarżysku – Kamiennej w ciągu 14 dni o każdej zmianie zaistniałej po złożeniu wniosku.**

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wnioskodawcy)

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić x

**Wykaz załączników (dokumentów) wymaganych do części I i II wniosku (kolumny 1 i 2 wypełnia pracownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie)**

Nazwa załącznika	1. Załączono do wniosku tak/nie	2. Uzupełniono dnia
1. Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej /ważny 3 miesiące od daty wystawienia/		
2. Statut		
3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)		
4. Udokumentowanie posiadania rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach		
5. Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji przedsięwzięcia - program merytoryczny		
6. Udokumentowanie posiadania środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON		
7. Kosztorys		
8. Lista niepełnosprawnych uczestników realizowanego przedsięwzięcia wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności/ zobowiązanie do dostarczenia w/w listy w terminie późniejszym z podaniem daty*		
9. Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku		

\* **niepotrzebne skreślić**

(pieczętka imienna, podpis pracownika, data)

Podpis .....

**Pouczenie**

Prawidłowo wypełniony wniosek posiada uzupełnione wszystkie rubryki w części I oraz w części II; w przypadkach nie dotyczących wnioskodawcy należy w odpowiedniej rubryce dokonać wpisu "nie dotyczy". Jeśli w formularzu przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce dokonać adnotacji "Dołączono – załącznik nr ..... do części ....." czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza wniosku. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

**KOSZTORYS ZADANIA:** .....

**Termin realizacji zadania:** .....

**Liczba osób niepełnosprawnych biorących udział w zadaniu:** .....

**Proponowany zakres dofinansowania** .....

.....

**Skarżysko-Kamienna**

Lp.	Wyszczególnienie*	Koszt całkowity	Środki własne lub sponsorów	Wnioskowana kwota
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
<b>RAZEM:</b>				

\* podać w rozbiciu na koszty jednostkowe

**Wnioskodawca oświadcza, że posiada środki własne niezbędne do realizacji zadania, w kwocie nie mniejszej niż:** .....

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wnioskodawcy)

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wnioskodawcy)