

Data wpływu:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Nr sprawy: ...../2024

**WNIOSK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób**  
**Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki**

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

**I. DANE WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola                | Do uzupełnienia |
|---------------------------|-----------------|
| Pełna nazwa Wnioskodawcy: |                 |
| Nr telefonu:              |                 |
| Adres e-mail:             |                 |
| Strona internetowa:       |                 |

**ADRES SIEDZIBY**

|               |  |
|---------------|--|
| Województwo:  |  |
| Powiat:       |  |
| Gmina:        |  |
| Miejscowość:  |  |
| Ulica:        |  |
| Nr domu:      |  |
| Nr lokalu:    |  |
| Poczta:       |  |
| Kod pocztowy: |  |

☐ Taki sam jak adres siedziby

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

|               |  |
|---------------|--|
| Województwo:  |  |
| Powiat:       |  |
| Gmina:        |  |
| Miejscowość:  |  |
| Ulica:        |  |
| Nr domu:      |  |
| Nr lokalu:    |  |
| Poczta:       |  |
| Kod pocztowy: |  |

**OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY**

Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem funkcji jaką pełnią w organizacji, które zgodnie z postanowieniami statutu lub innego aktu wewnętrznego są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy

| Imię i nazwisko | PESEL                   | Funkcja |
|-----------------|-------------------------|---------|
|                 | L L L L L L L L L L L L |         |
|                 | L L L L L L L L L L L L |         |



**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?** ☐ Nie ☐ Tak

[illegible]

Nazwa zadania:.....

Strona 3 z 7

| Nazwa pola                     | Do uzupełnienia |
|--------------------------------|-----------------|
| Liczba uczestników:            |                 |
| W tym liczba opiekunów:        |                 |
| Liczba osób niepełnosprawnych: |                 |
| Do lat 18:                     |                 |
| Powyżej 18 lat:                |                 |
| Liczba mieszkańców wsi:        |                 |

## PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Planowane miejsce realizacji zadania: |  |
| Termin rozpoczęcia:                   |  |
| Przewidywany czas realizacji zadania: |  |
| Termin zakończenia:                   |  |

## INFORMACJE DODATKOWE

Zakładane rezultaty zadania (należy opisać co zyskają osoby w wyniku realizacji zadania, w jakim stopniu realizacja zadania zmieni ich sytuację) oraz jak rezultaty te będą badane

|                                                                    |       |
|--------------------------------------------------------------------|-------|
| Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych: | ..... |
|                                                                    | ..... |
|                                                                    | ..... |
|                                                                    | ..... |
|                                                                    | ..... |
|                                                                    | ..... |
|                                                                    | ..... |
|                                                                    | ..... |
|                                                                    | ..... |
|                                                                    | ..... |
|                                                                    | ..... |
|                                                                    | ..... |

## II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA

|                                                    |  |
|----------------------------------------------------|--|
| Przewidywany koszt realizacji zadania:             |  |
| Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: |  |
| Słownie:                                           |  |
| Własne środki przeznaczone na realizację zadania:  |  |

## Inne źródła finansowania ogółem

z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON

|               |  |
|---------------|--|
| Publiczne:    |  |
| Niepubliczne: |  |

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting or typing. There are no margins, text, or other markings on the page.

**III. Kosztorys rzeczowo-finansowy obejmujący rodzaje kosztów związanych z realizacją przedsięwzięcia**

| Lp.                                               | Zakres rzeczowy wg rodzajów kosztów | Zakres Finansowy                   |               |                 |                        |                                       |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------|-----------------|------------------------|---------------------------------------|
|                                                   |                                     | Całkowita wartość rodzajów kosztów | Udział własny |                 |                        | Kwota dofinansowania ze środków PFRON |
|                                                   |                                     |                                    | Środki własne | Środki sponsora | Wkład rzeczowy/osobowy |                                       |
|                                                   |                                     |                                    |               |                 |                        |                                       |
|                                                   |                                     |                                    |               |                 |                        |                                       |
|                                                   |                                     |                                    |               |                 |                        |                                       |
|                                                   |                                     |                                    |               |                 |                        |                                       |
|                                                   |                                     |                                    |               |                 |                        |                                       |
|                                                   |                                     |                                    |               |                 |                        |                                       |
|                                                   |                                     |                                    |               |                 |                        |                                       |
| Razem:                                            |                                     |                                    |               |                 |                        |                                       |
| Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia: |                                     |                                    |               |                 |                        |                                       |

**1. Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny\* - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.**

\* „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

| Miejscowość<br>Data | Pieczęć Wnioskodawcy | Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy |
|---------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------|
|                     |                      |                                                           |

**LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE****ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

| Lista |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Załączone do wniosku                                                                              |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.    | Oświadczenie zał. nr 1                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie                                         |
| 2.    | Oświadczenie zał. nr 2 udział opiekunów /o ile dotyczy/                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| 3.    | Informacja o poniesionych kosztach zał. nr 3                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie                                         |
| 4.    | Aktualny wypis z rejestru sądowego lub z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej wydany nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku ( <i>kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy</i> ) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie                                         |
| 5.    | Aktualny statut ( <i>kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy</i> )                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie                                         |
| 6.    | Sposób reprezentacji ( <i>pełnomocnictwo</i> ) – w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| 7.    | Wydane ( <i>nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku</i> ) przez bank zaświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie                                         |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                   |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8.  | Udokumentowanie środków pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie realizacji zadania, w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON /o ile dotyczy/                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| 9.  | <p>W przypadku podmiotów prowadzących działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. prawo przedsiębiorców - do wniosku dołącza się /o ile dotyczy/:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zaświadczenie 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,</li> <li>- 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</li> </ul> | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| 10. | <p>W przypadku podmiotów prowadzących ZPCh (poza zał. wymienionymi w pkt 9), do wniosku dołącza się /o ile dotyczy/:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu ZPCh,</li> <li>- informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| 11. | Klauzula informacyjna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie                                         |
| 12. | <p>Inne (wymienić jakie): .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                   |

### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |