



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W GOSTYNIU

63-800 Gostyń ul. Nowe Wrota 7

tel. (0-65) 572-75-28, fax (0-65) 572-75-28, e-mail: pcpr@gostyn.pl

Wniosek kompletny przyjęto w PCPR w Gostyniu

w dniunr

Pieczęć wnioskodawcy

W N I O S E K
o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych sportu, kultury, turystyki i rekreacji

Część A : Informacje o Wnioskodawcy

1. Nazwa Wnioskodawcy :

.....

	.. - . . .		
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr
Nr tel. : fax. : e-mail.....@.....			

2. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy (zgodnie z wypisem z KRS)

pieczęćka imienna i podpis

pieczęćka imienna i podpis

3. Dane osoby uprawnionej do prowadzenia sprawy :

.....

4. Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji

<input type="checkbox"/> zawodowej	<input type="checkbox"/> leczniczej	<input type="checkbox"/> społecznej
------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

5. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy :

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy
Status prawny.....	REGON.....
Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności	Data wpisu do rejestru sądowego lub do ewidencji
..... 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, liczba osób niepełnospr. objętych działalnością, kadra specjalistyczna znaczenie tej działalności dla osób niepełnospr. i inne informacje			

6. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

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

Opis efektów przyznanego i wykorzystanego dofinansowania
--	-------------------------

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak / nie	Uzupełniono tak / nie *	Data Uzupełnienia*
1. Aktualny wpis z rejestru sądowego / ważny 3 miesiące /			
2. Statut			
3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)			

W przypadku Zakładów Pracy Chronionej dodatkowo załączniki

1. Decyzja o nadaniu statusu ZPCH

Załączono do wniosku tak /nie	Uzupełniono tak / nie*	Data uzupełnienia*
----------------------------------	---------------------------	-----------------------

* wypełnia pracownik PCPR

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części A wniosku

(pieczęćka imienna, podpis pracownika PCPR)

Część B : Informacje o przedmiocie wniosku

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania / nazwa działania /

.....

Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia : / **dotyczy osób niepełnosprawnych z powiatu gostyńskiego** /.....zł

1. Deklarowane środki własne :zł

2. Inne źródła finansowania ogółem :zł. z tego :

a).....zł

b).....zł

c).....zł

3. Wnioskowana kwota dofinansowania:zł

Termin i miejsce rozpoczęcia i zakończenia zadania : termin.....

		-					
miejsowość	kod pocztowy		ulica				

Liczba uczestników niepełnosprawnych z powiatu gostyńskiego:

w tym osób

do lat 18 :

powyżej lat 18 :

Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku :

.....

.....
.....
.....
.....
Typ działań – należy oznaczyć X: sport kultura rekreacja i turystyka

Przewidywane efekty :

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

Załączniki wymagane do wniosku /informację o ich dostarczeniu wypełnia PCPR / :

1. Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania oraz program merytoryczny zadania, harmonogram

Załączono do wniosku tak / nie	Uzupełniono tak / nie	Data Uzupełnienia
-----------------------------------	--------------------------	----------------------

2. Udokumentowanie posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu (Umowy, oświadczenia itp.)

Załączono do wniosku tak / nie	Uzupełniono tak / nie	Data Uzupełnienia
-----------------------------------	--------------------------	----------------------

3. Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania (wg wzoru:)

Lp.	Rodzaj kosztów (wydatków) i sposób ich kalkulacji	Koszt (w zł)	W tym wysokość wnioskowanego dofinansowania
-----	---	--------------	---

Załączono do wniosku tak / nie	Uzupełniono tak / nie	Data Uzupełnienia
-----------------------------------	--------------------------	----------------------

4. Udokumentowanie zapewnienia odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych, warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania

Załączono do wniosku tak / nie	Uzupełniono tak / nie	Data Uzupełnienia
-----------------------------------	--------------------------	----------------------

5. Inne załączniki.....
.....

.....
.....
Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części B wniosku

(pieczęćka imienna, podpis pracownika PCPR)

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części A oraz odpowiedniej 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.

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r o ochronie danych osobowych/ Dz. U. z 2002 r. nr.101, poz.926 i nr 153, poz.1271/

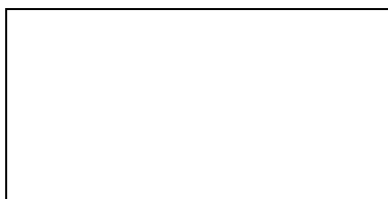
UWAGA !

Wnioski o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na sport, kulturę, turystykę i rekreację zostaną rozpatrzone po otrzymaniu planu finansowego na dany rok.

.....
/ data i podpis osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2* Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.



(pieczęć podmiotu uprawnionego)

.....

(podpis i pieczęć osób upoważnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu podmiotu uprawnionego)

* art. 233 §1 – kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3

* art. 233 §2 – warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

UWAGA !

Stosownie do zapisu § 9 pkt 4 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 2 stycznia 2008 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 3, poz. 15), dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.