

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

☒ ul. Sienkiewicza 16, 42-600 Tarnowskie Góry

☎/fax: 381-81-01,

☎ 381-81-08

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
ORGANIZACJI SPORTU, KULTURY, REKREACJI I TURYSTYKI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH****TEMAT ZADANIA:**

TERMIN REALIZACJI ZADANIA:

CZĘŚĆ A: Dane i informacje o wnioskodawcy**1. Nazwa i adres siedziby wnioskodawcy:**

Pełna nazwa
dokładny adres:
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer)
Tel.: Fax:

2. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych wnioskodawcy:

Pieczętka imienna i podpis	Pieczętka imienna i podpis
----------------------------	----------------------------

3. Informacje o stanie prawno - finansowym wnioskodawcy:

Status Prawny	Regon
Nr rejestru sądowego	Data wpisu do rej. sądowego
Organ założycielski	Nr NIP
Nazwa Banku	Nr konta
Wpis do rejestru zakł. opieki zdrow.	Data wpisu do rej. zoz
Czy jest płatnikiem VAT	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

4. Informacja o zatrudnieniu:

Ilość zatrudnionych ogółem	..... etatów
W tym osób niepełnosprawnych	..... etatów
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych %

5. Informacje o realizacji zobowiązań wnioskodawcy wobec PFRON:

Czy wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości		

6. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON i stan rozliczenia:

Numer i data umowy	Kwota przyznana	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
RAZEM		Kwota rozliczona - RAZEM		

CZĘŚĆ B: Informacja o zadaniu

1. Nazwa i miejsce realizacji zadania:

Pełna nazwa zadania
Adres: (kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer)

2. Rodzaj zadania:

NAZWA IMPREZY	TAK
Impreza sportowa	
Impreza kulturalna	
Impreza rekreacyjna	
Impreza turystyczna	

3. Opis kolejnych działań planowanych przy realizacji zadania:

4. Opis zadania i przewidywanych efektów realizacji zadania:

5. Uczestnicy:

Przewidywana liczba uczestników:		
w tym osób niepełnosprawnych ogółem:	do lat 18:	powyżej lat 18
w tym osób niepełnosprawnych z powiatu tarnogórskiego:	do lat 18:	powyżej lat 18:
Osoby niepełnosprawne z powiatu tarnogórskiego stanowią % ogólnej liczby uczestników		

6. Opis warunków lokalowych i technicznych w związku z zadaniem:

7. Koszt zadania:

Koszt ogólny
Deklarowane środki własne: (co najmniej %)
Inne źródła finansowania ogółem
Wnioskowana kwota dofinansowania: Co stanowi % kosztów ogólnych

.....
data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Załączniki wymagane do wniosku:

NAZWA ZAŁĄCZNIKA		Załączono do wniosku		
		Wypełnia Wnioskodawca	Wypełnia PCPR	
		TAK	NIE	Data uzupełnienia
1	Aktualny wypis z rejestru sądowego lub inny dokument potwierdzający status prawny wnioskodawcy (ważny 3 miesiące)			
2	Dokument określający podstawę działania wnioskodawcy (statut lub umowa spółki)			
3	Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)			
4	Zaświadczenie bankowe o posiadaniu konta wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach			
5	Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania			
6	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania			
7	W przypadku pracodawcy, prowadzącego ZPCh informacja: - o rodzaju i wielkości pomocy publicznej udzielonej wnioskodawcy w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku - decyzja przyznająca status ZPCh, - o wysokości i sposobie wykorzystania zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku			
8	W przypadku przedsiębiorcy – informacja o rodzaju i wielkości pomocy publicznej udzielonej wnioskodawcy w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku			
9	Informacja o działalności wnioskodawcy (cele statutowe i teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, liczba zatrudnionej kadry i jej kwalifikacje, opis zrealizowanych przedsięwzięć) i dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych dłużej niż dwa lata			
10	Informacja o szacunkowej liczbie osób niepełnosprawnych objętych zadaniem, rodzaju ich niepełnosprawności, wieku i miejscu zamieszkania (w %); lista osób niepełnosprawnych – mieszkańców powiatu tarnogórskiego			
11	Dokumenty, zaświadczenia potwierdzające zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania			
12	Szczegółowy preliminarz kosztów zadania z wyodrębnionymi pozycjami, które dotyczą wyłącznie osób niepełnosprawnych			
13	Oświadczenie pełnomocnika o zgodzie na wykorzystanie danych osobowych przez PCPR koniecznych do realizacji zadania, zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 02.101.926 z późn. zm.)			
14	Inne dokumenty:			

UWAGI:

.....
data i podpis wnioskodawcy

.....
data i podpis pracownika PCPR

KALKULACJA KOSZTÓW ZADANIA:
(przykładowy układ tabeli)

p.n.:

L.P.	RODZAJ KOSZTÓW (WYSZCZEGÓLNIENIE)	KALKULACJA JEDNOSTKOWA	KOSZT CAŁKOWITY w zł.	UDZIAŁ WŁASNY w zł.	UDZIAŁ SPONSORÓW w zł	DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON w zł.
1.	...	...	...	...	...	...
2.	...	...	...	...	...	...
itd.	...	...	...	...	...	...
	RAZEM w zł.					
	UDZIAŁ PROCENTOWY		100 %	...%	...%	...%