

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

CZĘŚĆ A: INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

1. Nazwa i adres Wnioskodawcy:

Pełna nazwa			
Kod	Miejscowość	Ulica	Nr
Nr telefonu	Nr fax	Adres e-mail	

2. Dane osoby/osób uprawnionej/-ych do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy zgodnie z KRS lub pełnomocnictwem potwierdzonym stosownym dokumentem:

Lp.	Nazwisko	Imię	Pełniona funkcja
1.			
2.			

3. Dane osoby/osób uprawnionej/-ych do prowadzenia sprawy:

Lp.	Nazwisko	Imię	Pełniona funkcja	Telefon kontaktowy
1.				
2.				

4. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy:	Status prawny:
Organ założycielski:	Numer NIP:
REGON:	Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności:
Data wpisu do rejestru sądowego lub do ewidencji:	Nazwa banku:
Nr konta bankowego:	Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT* tak / nie
Czy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej* tak / nie	Czy Wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2017r. poz. 2168 tj. z późn. zm.)* tak / nie

Czy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych (dot. osób, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)*:

tak / nie

Zakres rehabilitacji prowadzonej dla osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności:	Społeczna* tak / nie	Zawodowa* tak / nie	Lecznicza* tak / nie	Inna* tak / nie (wymienić).....
Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy (wymienić):				
Ogólna charakterystyka działalności Wnioskodawcy: - cel, zakres działania, - liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, - wymiar/znaczenie prowadzonej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje				

* właściwe zaznaczyć

5. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON – za rok poprzedzający i bieżący:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON*		Tak		Nie
Numer i data zawarcia umowy	Kwota	Cel		Termin rozliczenia
				Stan rozliczenia
Razem kwota:		Razem kwota rozliczona:		

* właściwe zaznaczyć

6. Informacja o realizacji przez Wnioskodawcę zobowiązań wobec PFRON

Czy Wnioskodawca ma zaległości wobec PFRON* tak / nie	Jeżeli tak to należy opisać należność oraz kwotę zł
Czy Wnioskodawca był w ciągu trzech lat przed złożeniem Wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy*	
tak / nie	

CZĘŚĆ B: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

Przedmiot dofinansowania, przeznaczenie dofinansowania (kalkulacja kosztów):

Przedmiot dofinansowania (nazwa zadania):	
Przeznaczenie dofinansowania (wymienić):	
1. Przewidywalny koszt realizacji zadania	zł
2. Deklarowane środki własne	zł
3. Inne źródła finansowania ogółem:	zł
z tego a)	z tego:.....zł
b).....	zł
c).....	zł
4. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON (nie więcej niż 60 % przewidywalnego kosztu ogólnego przedsięwzięcia)	zł

Miejsce i termin realizacji zadania:

Miejsce realizacji zadania:	Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia:	Przewidywalny czas realizacji przedsięwzięcia
.....		

Liczba uczestników (ogółem):
w tym liczba osób niepełnosprawnych będących mieszkańcami Powiatu Nakielskiego:, w tym:
- liczba osób niepełnosprawnych do 18 roku życia
- liczba osób niepełnosprawnych powyżej 18 roku życia

Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku:

Przewidywane efekty:

Czy Wnioskodawca poniósł nakłady na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek (właściwie zaznaczyć): tak / nie Jeżeli tak, to proszę podać: - ogólną wartość nakładów:zł - dotychczasowe źródła finansowania:
--

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.

UWAGA

1. *Wnioski o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych o dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki* należy składać w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie:
 - a) w terminie do dnia 30 listopada roku poprzedzającego realizację zadania;
 - b) właściwym dla miejsca zamieszkania osób niepełnosprawnych objętych wnioskiem o dofinansowanie.
 2. Dofinansowanie ze środków PFRON nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
 3. *Wnioski o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych o sportu, kultury, rekreacji i turystyki* zostaną rozpatrzone po otrzymaniu planu finansowego na dany rok.
 4. Wnioskodawca zobowiązany jest poinformować pisemnie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
-
1. Oświadczam, iż Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej dwóch lat przed dniem złożenia wniosku.
 2. Oświadczam, iż warunki techniczne i lokalowe związane z realizacją zadania określonego we wniosku są dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych.
 3. Świadoma/-y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *kodeks karny* (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 383)* oświadczam, że dane umieszczone we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą.
 4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922, z późn. zm.).
 Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:
 - a) administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Dąbrowskiego 46, 89-100 Nakło nad Notecią;
 - b) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu związanym z realizacją procedury dotyczącej udzielania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 913, z późn. zm.);
 - c) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania;
 - d) podanie danych jest dobrowolne, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ww. zakresie.
 5. Zobowiązuje się do pisemnego poinformowania Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie Nakle nad Notecią o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku w terminie 14 dni od zmiany.

Miejscowość....., dnia.....

..... Pieczętka nagłówkowa Wnioskodawcy	 Pieczętka imienna i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy	 Pieczętka imienna i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy
---	--	--

* Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. *kodeks karny*:

§ 1. „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.”

§ 1a. „Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.”

§ 2. „Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.”

Dokumenty wymagane
do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych sportu, kultury, rekreacji i turystyki

Należy przedłożyć oryginał wymaganych dokumentów (do wglądu) lub prawidłowo uwierzytelnioną przez organ uprawniony kopię.

Lp.	Nazwa dokumentu	Wypełnia pracownik PCPR	
		Załączono do wniosku	Uzupełniono
1.	Aktualny wpis z Krajowego Rejestru Sądowego (ważny 3 miesiące)	tak / nie	tak / nie
2.	Statut	tak / nie	tak / nie
3.	Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)	tak / nie	tak / nie
4.	Udokumentowane posiadanie konta bankowego	tak / nie	tak / nie
5.	Udokumentowane posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu	tak / nie	tak / nie
6.	Udokumentowane zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania	tak / nie	tak / nie
7.	Udokumentowana działalność prowadzona na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku	tak / nie	tak / nie
8.	Program merytoryczny zadania – załącznik nr 1 do wniosku	tak / nie	tak / nie
9.	Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania – załącznik nr 2 do wniosku	tak / nie	tak / nie

Jeżeli Wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2017r. poz. 2168 t.j. z późn. zm.) do wniosku należy dołączyć:

Lp.	Nazwa dokumentu:	Wypełnia pracownik PCPR	
		Załączono do wniosku	Uzupełniono
1.	Zaświadczenia 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	tak / nie	tak / nie
2.	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	tak / nie	tak / nie

Jeżeli Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej do wniosku należy dołączyć:

Lp.	Nazwa dokumentu:	Wypełnia pracownik PCPR	
		Załączono do wniosku	Uzupełniono
1.	Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej	tak / nie	tak / nie
2.	Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku	tak / nie	tak / nie
3.	Zaświadczenia 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	tak / nie	tak / nie
4.	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	tak / nie	tak / nie

.....
(data, pieczęćka imienna, podpis pracownika PCPR)

PROGRAM MERYTORYCZNY ZADANIA

Lp.	Program merytoryczny zadania

Miejscowość....., dnia.....

..... Pieczęć nagłówkowa Wnioskodawcy	 Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy	 Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy
--	---	---

KOSZTORYS WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ ZADANIA

Lp.	Rodzaj kosztów	Koszt całkowity w zł
Razem		

Miejscowość....., dnia.....

..... Pieczętka nagłówkowa Wnioskodawcy	 Pieczętka imienna i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy	 Pieczętka imienna i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy
---	--	--