

.....
(pieczęć wnioskodawcy)

Nr. sprawy.....

Data wpływu.....

WNIOSEK

O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Organizacji:

- SPORTU OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
- KULTURY OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
- REKREACJI I TURYSTYKI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

Pełna nazwa

.....

Miejscowość.....Kod pocztowy

UlicaNr

Telefon Fax

NIP

Nazwa banku oraz nr konta bankowego.....

.....

Status prawny.....

Podstawa działania.....

.....

.....

Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych

(PIECZĄTKA IMIENNA)	(PIECZĄTKA IMIENNA)
PODPIS:.....	PODPIS:.....

Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:
..... zawodowej leczniczej społecznej

Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)
Razem..... w tym do lat 18 powyżej lat 18

Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:

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

Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy :

Cel działania.....

znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych.....

teren działania.....

liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością.....

liczba zatrudnionej kadry i jej kwalifikacje

inne informacje

INFORMACJE DOTYCZĄCE REALIZACJI ZADANIA

Nazwa zadania:

.....
.....

Miejsce realizacji zadania:

.....
.....

Cel dofinansowania

.....
.....

Wnioskowana kwota dofinansowania:.....zł

W tym: dorośli: ilośćkwota.....zł

dzieci i młodzież.: ilość kwota.....zł

Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania.....zł

Termin rozpoczęcia realizacji zadania

Przewidywany czas realizacji:

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

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

Informacja o innych źródłach finansowania (do wniosku należy dołączyć udokumentowane potwierdzenia informacji)

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

Informacja o wcześniej przyznanych kwotach ze środków Funduszu:

Numer zawartej umowy..... z dnia.....

cel dofinansowania.....

Data przyznanego dofinansowania.....

Stan rozliczenia umowy.....

Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:

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

1. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadre do obsługi imprezy / zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi imprezy. *
2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji imprezy.
3. Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji przyznającej środki Funduszu na podstawie niniejszego wniosku.
4. Oświadczam, że **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych, administratorem danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Mikołowie z siedzibą w Łaziskach Górnych ul. Chopina 8, 43-170 Łaziska Górne tel. 32 2244498 e-mail pcpr.mikolow@poczta.fm

* *niepotrzebne skreślić*

.....,
(miejscowość)

.....
(data)

.....
(podpis osoby upoważnionej)

WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW DO WNIOSKU

Wypełnia pracownik PCPR

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku Tak / Nie	Uzupełniono Tak/Nie	Data uzupełnienia
Statut działalności lub inny dokument potwierdzający rodzaj prowadzonej działalności			
Kopia dokumentu poświadczającego prawną formę istnienia			
Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach			
Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania zadania innych niż PFRON			
Lista niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności (nie dotyczy imprez masowych)			
Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji – programu merytoryczny imprezy			
Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)			
Oświadczenia pełnomocników o zgodzie na wykorzystanie danych osobowych przez Starostę koniecznych do realizacji zadania zgodnie z ustawą z dn. 29.08.97 r o ochronie danych osobowych			

W przypadku gdy wnioskodawca jest:

Przedsiębiorcą, do wniosku dołącza:

- informację o pomocy publicznej udzielanej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku , zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzoru pomocy publicznej dla przedsiębiorców.
-

Pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej, do wniosku dołącza:

- potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej
- informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku
- informację o pomocy publicznej udzielanej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku , zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzoru pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

Informacja dotycząca kompletności złożonego wniosku:

.....
.....

Data wpływu kompletnego wniosku.....

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów :

.....
(pieczęć)

.....
(podpis pracownika PCPR)

OŚWIADCZENIE PCPR

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mikołowie z siedzibą w Łaziskach Górnych w oparciu o decyzję Zespołu Pełnomocników ds. dofinansowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych

Protokół nr. z dnia ,
oświadcza, iż przyznaje / nie przyznaje dofinansowanie(a) ze środków PFRON

w kwocie:zł

słownie:zł

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis Dyrektora PCPR)