

Nr sprawy .....

Wniosek kompletny przyjęto w PCPR w Łukowie  
w dniu ..... nr .....

(pieczęć Wnioskodawcy)

## WNIOSEK

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

### Część: A: Dane i informacje o Wnioskodawcy

#### Nazwa i adres Wnioskodawcy:

|                                      |              |       |               |        |             |
|--------------------------------------|--------------|-------|---------------|--------|-------------|
| Pełna nazwa: .....                   |              |       |               |        |             |
| .....                                |              |       |               |        |             |
|                                      |              |       | -             |        |             |
| Miejscowość                          | Kod pocztowy | Ulica | Nr            | Powiat | województwo |
| Nr tel. Kierunkowy: .....tel.: ..... |              |       | Nr fax: ..... |        |             |

#### Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy:

(pieczęćka imienna)

podpis: .....

(pieczęćka imienna)

podpis: .....

#### Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PERON przez Wnioskodawcę:

|   |            |            |
|---|------------|------------|
| Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON | tak: ..... | nie: ..... |
| Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON   | .....      |            |
| Czy wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON         | tak: ..... | nie: ..... |
| Kwota zaległości:   | ..... zł   |            |

#### Informacje o zatrudnianiu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych:

|   |                  |                       |              |
|---|------------------|-----------------------|--------------|
| Wnioskodawca zatrudniania ogółem osób (w przeliczeniu na etaty)   | .....etatów      |                       |              |
| Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne (w przeliczeniu na etaty)  | .....etatów      |                       |              |
| Wskaźnik zatrudniania osób niepełnosprawnych  | .....%           |                       |              |
| Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji: |                  |                       |              |
| .....zawodowej  | .....lecniczej   | .....społecznej       |              |
| Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)                 |                  |                       |              |
| w tym:  | do lat 18: ..... | powyżej lat 18: ..... | razem: ..... |

**Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:**

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy  |                                 |
|   |                                 |
|   |                                 |
| Statut prawny   | REGON                           |
|   |                                 |
| Nr rejestru sądowego  | Data wpisu do rejestru sądowego |
|   |                                 |
|   |                                 |
| Organ założycielski   | Nr identyfikacji NIP            |
|   |                                 |
| Nazwa banku   | Nr konta bankowego              |
| Czy wnioskodawca jest płatnikiem VAT  | Tak: ..... Nie: .....           |
| Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:  |                                 |
|   |                                 |
|   |                                 |
|   |                                 |
|   |                                 |
| Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy:<br><br>Cel działania, teren działania, liczba osób Niepełnosprawnych objętych działalnością, liczba zatrudnionych kadry<br>Specjalistycznej i kwalifikacje Rehabilitantów i techników, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje |                                 |
|   |                                 |
|   |                                 |
|   |                                 |
|   |                                 |
|   |                                 |
|   |                                 |
|   |                                 |
|   |                                 |
|   |                                 |

### Informacje o korzystaniu ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat

| Czy wnioskodawca korzystał z środków PFRON |       |     |                    | Tak: .....       | Nie: .....                      |
|--|-------|-----|--------------------|------------------|---------------------------------|
| Nr i data zawarcia umowy                   | Kwota | Cel | Termin rozliczenia | Stan rozliczenia | Źródło (PERON; SAMORZĄD POWIAT. |
|  |       |     |                    |                  |                                 |
|  |       |     |                    |                  |                                 |
|  |       |     |                    |                  |                                 |
|  |       |     |                    |                  |                                 |
|  |       |     |                    |                  |                                 |
|  |       |     |                    |                  |                                 |
| w tym na rzecz:                            |       |     |                    |                  |                                 |
|  |       |     |                    |                  |                                 |
|  |       |     |                    |                  |                                 |

|  |  |
|--|--|
| Syntetyczny opis efektów przyznanego i wykorzystania dofinansowania: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

### Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

| Nazwa załącznika   | Załączono do wniosku<br>Tak/nie | Uzupełniono<br>Tak/nie | Data uzupełnienia |
|--|---------------------------------|------------------------|-------------------|
| <b>(wypełnia pracownik PCPR)</b>   |                                 |                        |                   |
| Aktualny wypis z rejestru sądowego (ważny 3 miesiące)                          |                                 |                        |                   |
| Statut   |                                 |                        |                   |
| Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)  |                                 |                        |                   |
| Udokumentowanie posiadanie konta bankowego                                     |                                 |                        |                   |
| Oświadczenie wnioskodawcy, że nie posiada wymaganych zobowiązań wobec Funduszu |                                 |                        |                   |

(pieczęćka imienna, podpis pracownika PCPR, data)

podpis: .....

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów  
Wymienionych w części A Wniosku

### Część B: Informacje o przedmiocie wniosku



**Przewidywane efekty:**

|       |
|-------|
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części A oraz 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 przypisujący numer załączników do rubryki formularza. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

**Załączniki wymagane do wniosku:**

| <b>Nazwa załącznika</b>  |
|--|
| 1. Nazwa, szczegółowy zakres oraz miejsce i czas realizacji zadania – program merytoryczny zadania   |
| 2. Udokumentowanie środków własnych oraz pochodzących ze źródeł finansowania innych niż PFRON  |
| 3. Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania  |
| 4. Udokumentowanie zapewnienia odpowiednich dla potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania.<br>(opis pomieszczeń, środków transportu) |
| 5. Inne dokumenty: (§11 ust. 6 Rozporządzenia z dnia 25 06. 2002 r. Dz. U. 2013, poz. 1190 z późn. zm. )<br>dot.: - przedsiębiorców<br>- zakładów pracy chronionej                 |

1. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadre do obsługi zadania/ zobowiązuje się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania.\*

2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.

1. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

2. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie danych osobowych zawartych w treści wniosku i dołączonych dokumentów, w bazie PCPR w Łukowie dla potrzeb niezbędnych przy realizacji wniosku, zgodnie z treścią:

- ust. z dn. 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127 poz. 721 z późn. zm.),
- ust. z dn. 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2004 r. poz. 163 z późn. zm.),
- ust. z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.),
- **rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (Dz. U. z 2015, poz. 926).**

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łukowie. Oświadczam, iż wiem o moim prawie do wglądu i poprawiania moich danych osobowych.

.....  
data i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy