

**Powiatowe Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Zawierciu**

Data wpływu:

CPR.D1-4013

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA :**

**SPORTU\***

--

**KULTURY\***

--

**REKREACJI\***

--

**TURYSTYKI \***

--

**OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ze środków PFRON**

*\* proszę zaznaczyć właściwe*

Dane dotyczące wnioskodawcy	
Pełna nazwa wnioskodawcy	
REGON	
NIP	
adres	
E-mail	
telefon	

Dane osób upoważnionych do reprezentowania wnioskodawcy	
Imię i nazwisko - stanowisko	
Podstawa upoważnienia	
Imię i nazwisko - stanowisko	
Podstawa upoważnienia	

Charakterystyka działalności wnioskodawcy
<i>* opis dotyczy całościowej działalności wnioskodawcy</i>

**1.Cele ( statutowe) i zakres działań na rzecz osób niepełnosprawnych:**

**Rehabilitacja społeczna:**

**Rehabilitacja zawodowa:**

**Inny zakres działalności:**

**2. Dokładny opis działań podejmowanych w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej na rzecz osób niepełnosprawnych w ciągu ostatnich dwóch lat przed złożeniem wniosku**

Data lub okres realizacji

Nazwa przedsięwzięcia

Ilość uczestników

--

**3. Teren działania wnioskodawcy**  
(dotyczy zakresu terytorialnego realizowanych zadań statutowych): .....

**4. Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością**  
(dotyczy wszystkich osób niepełnosprawnych obejmowanych działalnością): .....

**5. Opis zatrudnionej kadry specjalistycznej do realizacji zadań statutowych:**

--

**Przedmiot wniosku**  
\* opis dotyczy konkretnego przedsięwzięcia

**1. nazwa planowanego przedsięwzięcia:**

**2. opis planowanych działań (w odniesieniu do harmonogramu wydatków):**

--

**3. Opis warunków technicznych, lokalowych, transportowych koniecznych do realizacji przedsięwzięcia i sposób ich zapewnienia (udokumentowanie prosimy załączyć do wniosku)**

--

**4. Całkowity koszt przedsięwzięcia** ..... zł

**5. Wnioskowana kwota dofinansowania** .....zł

**6. Liczba uczestników przedsięwzięcia** ..... osób

**7. Liczba niepełnosprawnych uczestników przedsięwzięcia** ..... osób

**8. Planowany termin organizacji przedsięwzięcia** .....

**9.Przewidywane efekty rehabilitacji społecznej w związku z realizacją przedsięwzięcia ( w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych)**

**Informacje dodatkowe o wnioskodawcy**

Status prawny/ podstawa działania

Data wpisu do rejestru sądowego/ numer

Nazwa banku obsługującego wnioskodawcę i numer konta bankowego

Źródła finansowania działalności:

**Dotychczas uzyskane dofinansowania ze środków PFRON za okres 5 lat przed dniem złożenia wniosku**

cel	data zawarcia i numer umowy	kwota rozliczona

.....  
podpis osoby  
uprawnionej do  
reprezentowania  
wnioskodawcy

Załączniki:

1. Aktualny wypis z KRS

2. Statut

3. Harmonogram rzeczowo-finansowy zgodnie z zał.

4. Oświadczenia zgodnie z zał.

5. Dokumenty potwierdzające co najmniej dwuletnią działalność na rzecz osób niepełnosprawnych ( sprawozdania, publikacje, ogłoszenia itp.)

6. Dokumenty potwierdzające posiadanie wkładu własnego ( promesy, stan konta bankowego)

7. Dokumenty potwierdzające zapewnienie odpowiednich warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania

8. W przypadku podmiotów prowadzących działalność gospodarczą : zaświadczenia o pomocy de minimis i innej pomocy publicznej i oświadczenie, że nie jest się przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej.