……
PIECZĘĆ WNIOSKODAWCY

WNIOSEK PRZYJĘTO W MOPR W KIELCACH

W DNIU.....NR.....

WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH SPORTU, KULTURY, REKREACJI i TURYSTYKI

CZĘŚĆ A: DANE WNIOSKODAWCY

NAZWA I ADRES WNIOSKODAWCY:

PEŁNA NAZWA.....
……
……

MIEJSCOWOŚĆ	KOD POCZTOWY	ULICA	NR	POWIAT	WOJEWÓDZTWO

NR TELEFONU	NR FAXU

OSOBY UPOWAŻNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY	
IMIĘ I NAZWISKO …… STANOWISKO W ORGANIZACJI ……	IMIĘ I NAZWISKO ……. STANOWISKO W ORGANIZACJI …….

OSOBA UPOWAŻNIONA DO SKŁADANIA WYJAŚNIEŃ DOTYCZĄCYCH OFERTY
(imię i nazwisko oraz numer telefonu kontaktowego)
……

INFORMACJE O REALIZACJI OBOWIĄZKU WPŁAT NA RZECZ PFRON PRZEZ WNIOSKODAWCĘ

CZY WNIOSKODAWCA ZOBOWIĄZANY JEST 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		
CZY WNIOSKODAWCA POSIADA WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIA WOBEC PFRON	TAK	NIE

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE O WNIOSKODAWCY

ZAKRES TERYTORIALNY DZIAŁANIA WNIOSKODAWCY.....
……
……

STATUS PRAWNY	ORGAN ZAŁOŻYCIELSKI
…… ……	…….. ……...

DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
……

NUMER W KRS, W INNYM REJESTRZE LUB EWIDENCJI	DATA WPISU DO REJESTRU LUB EWIDENCJI .....
REGON	NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ .....
NAZWA BANKU	NR KONTA BANKOWEGO ....

CZY WNIOSKODAWCA JEST PŁATNIKIEM VAT	TAK	NIE

ŹRÓDŁA FINANSOWANIA DZIAŁALNOSCI WNIOSKODAWCY	.....
SYNTETYCZNA CHARAKTERYSTYKA DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY: CEL DZIAŁANIA, TEREN DZIAŁANIA, LICZBA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH OBJĘTYCH DZIAŁALNOŚCIĄ, LICZBA ZATRUDNIONEJ KADRY SPECJALISTYCZNEJ I JEJ KWALIFIKACJE, ZNACZENIE TEJ DZIAŁALNOSCI DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I INNE INFORMACJE	.....

CZY WNIOSKODAWCA KORZYSTAŁ ZE ŚRODKÓW PFRON (dotyczy 3 lat przed dniem złożenia wniosku)

TAK	**NIE**

CEL PRZYZNANIA ŚRODKÓW	KWOTA	NR I DATA ZAWARCIA UMOWY	TERMIN ROZLICZENIA	STAN ROZLICZENIA

SYNTETYCZNY OPIS EFEKTÓW PRZYZNANEGO I WYKORZYSTANEGO DOFINANSOWANIA	…… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……

OŚWIADCZAM, ŻE :

1. **DANE OKREŚLONE W CZĘŚCI A NINIEJSZEGO WNIOSKU SĄ ZGODNE Z KRAJOWYM REJESTREM SĄDOWYM/WŁAŚIWĄ EWIDENCJĄ**
2. **WSZYSTKIE PODANE WE WNIOSKU ORAZ ZAŁĄCZNIKACH INFORMACJE SĄ ZGODNE Z AKTUALNYM STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM**

…….

(data, podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU

NAZWA ZAŁĄCZNIKA	ZAŁĄCZONO DO WNIOSKU TAK/NIE	UZUPEŁNIONO TAK/NIE	DATA UZUPEŁNIENIA (WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPR)
1. AKTUALNY WYPIS Z REJESTRU SĄDOWEGO, INNEGO REJESTRU LUB EWIDENCJI			
2. STATUT			
3. W PRZYPADKU WYBORU INNEGO SPOSOBU REPREZENTACJI NIŻ WYNIKAJĄCY Z KRS, INNEGO REJESTRU LUB EWIDENCJI - DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY UPOWAŻNIENIE DO DZIAŁANIA W IMIENIU WNIOSKODAWCY			
4. UDOKUMENTOWANIE POSIADANIA KONTA BANKOWEGO WRAZ Z INFORMACJĄ O EWENTUALNYCH OBCIĄŻENIACH			
W PRZYPADKU GDY WNIOSKODAWCA JEST PODMIOTEM PROWADZĄCYM DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ-DO WNIOSKU DOŁĄCZA SIĘ :			
5. ZAŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS OTRZYMANEJ W OKRESIE OBEJMUJĄCYM BIEŻĄCY ROK KALENDARZOWY ORAZ DWA POPRZEDZAJĄCE GO LATA KALENDARZOWE ALBO OŚWIADCZENIE O NIE KORZYSTANIU POMOCY DE MINIMIS W TYM OKRESIE			

6. INFORMACJE O KAŻDEJ POMOCY 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			
7. OŚWIADCZENIE, ŻE NIE JEST PRZEDSIĘBIORCĄ ZNAJDUJĄCYM SIĘ W TRUDNEJ SYTUACJI EKONOMICZNEJ WEDŁUG KRYTERIÓW OKREŚLONYCH W PRZEPISACH PRAWA UNII EUROPEJSKIEJ DOTYCZĄCYCH UDZIELANIA POMOCY			
W PRZYPADKU GDY WNIOSKODAWCA JEST PRACODAWCĄ PROWADZĄCYM ZAKŁAD PRACY CHRONIONEJ- DO WNIOSKU DOŁĄCZA SIĘ:			
8. POTWIERDZENIE KOPII DECYZJI W SPRAWIE PRZYZNANIA STATUSU ZAKŁADU PRACY CHRONIONEJ			
9. INFORMACJE O WYSOKOŚCI ORAZ SPOSOBIE WYKORZYSTANIA ŚRODKÓW ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPARWNYCH ZA OKRES TRZECH MIEISĘCY PRZED DNIEM ZŁOŻENIA WNIOSKU			

POTWIERDZAM KOMPLETNOŚĆ ZŁOŻONYCH DOKUMENTÓW WYMIENIONYCH W CZĘŚCI A WNIOSKU

.....
(PODPIS PRACOWNIKA MOPR

CZĘŚĆ B: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

PRZEDMIOT WNIOSKU, PRZEZNACZENIE DOFINANSOWANIA /NAZWA ZADANIA/

PRZEDMIOT WNIOSKU, PRZEZNACZENIE DOFINANSOWANIA /NAZWA IMPREZY/				
MIEJSCE ZAMIESZKANIA OSÓB OBJĘTYCH ZADANIEM (miejscowość) …….				
WNIOSKODAWCA UBIEGA SIĘ O DOFINASOWANIE (ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIĄ FORMĘ)				
IMPREZY SPORTOWEJ				
IMPREZY TURYSTYCZNEJ				
IMPREZY KULTURALNEJ				
IMPREZY REKREACYJNEJ				
TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA				
MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA				
MIEJSCOWOŚĆ	KOD POCZTOWY	ULICA	POWIAT	WOJEWÓDZTWO
LICZBA UCZESTNIKÓW				
W TYM NIEPEŁNOSPRAWNYCH		DO LAT 18	POWYŻEJ LAT 18	
RAZEM OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH		CO STANOWI.....% OGÓLNEJ LICZBY UCZESTNIKÓW		

INFORMACJE O KOSZTACH ZADANIA

CAŁKOWITY KOSZT REALIZACJI ZADANIA	……... zł ……..…… (słownie złotych)
WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON	……zł ……..……..… (słownie złotych)

KOSZTORYS ZE WZGLĘDU NA RODZAJ KOSZTÓW

Lp.	**Rodzaj kosztów**	**Ilość jednostek**	**Koszt jednostkowy**	**Rodzaj miary**	**Koszt całkowity (w zł)**	**z tego do pokrycia z wnioskowanej dotacji (w zł)**	**z tego z finansowych środków własnych, środków z innych źródeł (w zł)**	**Koszt do pokrycia z wkładu osobowego, w tym pracy społecznej członków i świadczeń wolontariuszy (w zł)**
	Ogółem							

OGÓLNA WARTOŚĆ NAKŁADÓW PONIESIONYCH DOTYCHCZAS PRZEZ WNIOSKODAWCĘ	……... zł ……..…… (słownie złotych)

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

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

PRZEWIDYWANE EFEKTY REALIZACJI ZADANIA W STOSUNKU DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

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

…….
(data, podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

NAZWA ZAŁĄCZNIKA	ZAŁĄCZONO DO WNIOSKU TAK/NIE	UZUPEŁNIONO TAK/NIE	DATA UZUPEŁNIENIA
1. NAZWA, SZCZEGÓŁOWY ZAKRES ORAZ MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA – PROGRAM MERYTORYCZNY IMPREZY	WYPEŁNIA MOPR		
2. UDOKUMENTOWANIE ŚRODKÓW WŁASNYCH I ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA INNYCH NIŻ PFRON			
3. UDOKUMENTOWANE ZAPEWNIENIE ODPOWIEDNICH DO POTRZEB OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH WARUNKÓW TECHNICZNYCH I LOKALOWYCH DO REALIZACJI ZADANIA			
4. INNE DOKUMENTY			

POTWIERDZAM KOMPLETNOŚĆ ZŁOŻONYCH DOKUMENTÓW WYMIENIONYCH W CZĘŚCI B WNIOSKU

..... .
(ORGANIZATOR)

.....
(PODPIS PRACOWNIKA MOPR)