

/pieczętka Wnioskodawcy /

**W N I O S E K****o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych****Część A: Informacje o Wnioskodawcy****Nazwa i adres Wnioskodawcy:**

Pełna nazwa:

|                                         |              |       |  |  |                |        |             |  |
|-----------------------------------------|--------------|-------|--|--|----------------|--------|-------------|--|
|                                         |              | -     |  |  |                |        |             |  |
| Miejscowość                             | Kod pocztowy | Ulica |  |  | Nr             | Powiat | Województwo |  |
| Nr tel. : kierunkowy:..... tel. : ..... |              |       |  |  | Nr faxu: ..... |        |             |  |

**Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych:**

(pieczętka imienna)

podpis:.....

(pieczętka imienna)

podpis:.....

**Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:**

|                                                           |               |               |
|-----------------------------------------------------------|---------------|---------------|
| Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON | <b>tak: ●</b> | <b>nie: ●</b> |
| Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON   | .....         |               |
| Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON         | <b>tak: ●</b> | <b>nie: ●</b> |
| Kwota zaległości                                          | .....         |               |

**Informacje o zatrudnieniu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych:**

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

**Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        |                                                                            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------|--|
| Status prawny i podstawa działania                                                                                                                                                                                                                                                          |        | REGON                                                                      |  |
| Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej                                                                                                                                                                                                                                |        | Data wpisu do rejestru sądowego lub do ewidencji działalności gospodarczej |  |
| Organ założycielski                                                                                                                                                                                                                                                                         |        | Nr identyfikacyjny 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 zatrudnionej kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje |        |                                                                            |  |

**Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:**

| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON |       |     |                    |                  | <b>Tak:</b> ●                        | <b>Nie:</b> ● |
|---------------------------------------------|-------|-----|--------------------|------------------|--------------------------------------|---------------|
| Nr i data zawarcia umowy                    | Kwota | Cel | Termin rozliczenia | Stan rozliczenia | Źródło: PFRON;<br>samorząd powiatowy |               |
|                                             |       |     |                    |                  |                                      |               |
|                                             |       |     |                    |                  |                                      |               |
|                                             |       |     |                    |                  |                                      |               |
|                                             |       |     |                    |                  |                                      |               |
| <b>w tym na rzecz:</b>                      |       |     |                    |                  |                                      |               |
|                                             |       |     |                    |                  |                                      |               |
|                                             |       |     |                    |                  |                                      |               |

Syntetyczny opis efektów

przyznanego i wykorzystanego

dofinansowania

**Część B : Informacje o przedmiocie wniosku****Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Przewidywany koszt realizacji zadania:.....**

|                                                                                                             |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>1. Deklarowane własne środki :</b>                                                                       |                |
| <b>2. Inne źródła finansowania ogółem:</b>                                                                  | <b>z tego:</b> |
| a)                                                                                                          |                |
| b)                                                                                                          |                |
| c)                                                                                                          |                |
| <b>3. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON: .....zł</b><br>(słownie złotych:..... ) |                |



1. **Oświadczam**, że zatrudniam/ nie zatrudniam \* fachową kadrę do obsługi zadania / zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania.\*
2. **Oświadczam**, że posiadam / nie posiadam \*odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
3. **Oświadczam**, że posiadam/ nie posiadam\* wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
4. **Oświadczam**, że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku, nie byłem/ byłem \* stroną umowy dofinansowanej ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....  
(podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy)

\* niepotrzebne skreślić

### OŚWIADCZENIE O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ

**Upředzona/y** o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 §1 i §1a ustawy z dnia 6 czerwca 1997r Kodeksu Karnego oświadczam, że podane we wniosku oraz w załącznikach informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

„§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.”

.....  
(podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy)

#### Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

| Nazwa załącznika                                                                                                                                                                                                                                               | Załączono do wniosku tak/nie | Uzupełniono tak/nie | Data uzupełnienia |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------|-------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                | /wypełnia pracownik MOPS/    |                     |                   |
| 1. Aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej /ważny 3 miesiące/                                                                                                                                                       |                              |                     |                   |
| 2. Statut                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |                     |                   |
| 3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)                                                                                                                                                                                                                       |                              |                     |                   |
| 4. Oświadczenia pełnomocników, iż zostali poinformowani o umieszczeniu w Biuletynie Informacji Publicznej MOPS w Kaliszu danych dot. zawartej umowy o dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych ze środków PFRON (zał.nr 1) |                              |                     |                   |
| 5. Oświadczenia pełnomocników o zgodzie na wykorzystanie danych osobowych przez MOPS zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych /Dz. U. z 2014r. poz.1182 z późn. zm./ (zał. nr 2)                                                       |                              |                     |                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 6. Udokumentowanie posiadania konta bankowego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |
| 7. Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania - program merytoryczny zadania                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
| 8. Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |
| 9. Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej dwóch lat przed dniem złożenia wniosku                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |
| 10. Udokumentowanie zapewnienia odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |
| 11. Udokumentowanie posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
| 12. Gdy wnioskodawca jest <b>podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą</b> w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015r. poz. 584, 699 i 875) do wniosku dołącza się:<br>a) zaświadczenie 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<br>b) 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. |  |  |  |
| 13. Gdy wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym <b>zakład pracy chronionej</b> do wniosku dołącza się:<br>a) potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,<br>b) informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku,<br>c) informację, o której mowa w pkt. 12.                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |

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 przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów

|                       |                                                                                     |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Pieczętka MOPS</i> | <i>(pieczętka imienna, podpis pracownika MOPS, data)</i><br><br><i>podpis:.....</i> |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

## OŚWIADCZENIE

.....  
(dane osób uprawnionych do reprezentacji)

działając w imieniu .....  
(nazwa wnioskodawcy)

oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu, iż w przypadku zawarcia umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych dane dotyczące umowy zostaną umieszczone w Biuletynie Informacji Publicznej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu.

Kalisz, dnia .....

.....  
(podpis)

## Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r o ochronie danych osobowych.

Kalisz, dnia.....

.....

(podpis pełnomocników)