

Data wpływu:

Nr sprawy:

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola | Wartość |
|---------------------------|---------|
| Pełna nazwa Wnioskodawcy: | {Nazwa} |
| Nr telefonu: | |
| Adres e-mail: | |
| Strona internetowa: | |

ADRES SIEDZIBY

| Nazwa pola | Wartość |
|---------------|---------|
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Gmina: | |
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Poczta: | |
| Kod pocztowy: | |

Taki sam jak adres siedziby
ADRES KORESPONDENCYJNY

| Nazwa pola | Wartość |
|---------------|---------|
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Gmina: | |
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Poczta: | |
| Kod pocztowy: | |

OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

| Nazwa pola | Wartość |
|--------------|---------|
| Imię: | |
| Nazwisko: | |
| Pesel: | |
| Nr telefonu: | |
| Poczta: | |

OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY

Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem funkcji jaką pełnią w organizacji, które zgodnie z postanowieniami statutu lub innego aktu wewnętrznego są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy

| Imię i nazwisko | Funkcja |
|-----------------|---------|
| | |

II. INFORMACJE DODATKOWE

| Nazwa pola | Wartość |
|----------------|---------|
| Status prawny: | |

| Nr rejestru sądowego: | |
|--|---|
| Data wpisu do rejestru sądowego: | |
| Organ założycielski: | |
| REGON: | |
| NIP: | |
| Podstawa działania: | |
| Nazwa banku: | |
| Nr rachunku bankowego: | |
| INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY | |
| Nazwa pola | Wartość |
| Czy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych: | NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> |
| Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT: | NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> |
| Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT: | |
| Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony: | NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> |
| Podstawa prawna: | |
| Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?: | NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> |
| Czy wnioskodawca otrzymał pomoc inną niż de minimis (w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis)?: | NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> |
| Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?: | NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> |
| Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?: | NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> |

INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

| Nazwa pola | Wartość |
|--|---------|
| Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych: | |
| Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje: | |
| Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych: | |

III. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?

Nie

Tak

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

| Cel dofinansowania (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc) | Nr umowy | Data zawarcia | Kwota do- finanso- wania | Stan rozliczenia | Kwota rozliczona |
|--|----------|---------------|--------------------------------|------------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa zadania:

| Nazwa pola | Wartość |
|------------|---------|
|------------|---------|

| | |
|---|--|
| Cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania: | |
| Liczba uczestników: | |
| W tym liczba opiekunów: | |
| Liczba osób niepełnosprawnych: | |
| Do lat 18: | |
| Powyżej 18 lat: | |
| Liczba mieszkańców wsi: | |

PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

| Nazwa pola | Wartość |
|--|---------|
| Planowane miejsce realizacji zadania: | |
| Termin rozpoczęcia: | |
| Przewidywany czas realizacji zadania: | |
| Termin zakończenia: | |

INFORMACJE DODATKOWE

Zakładane rezultaty zadania (należy opisać co zyskają osoby w wyniku realizacji zadania, w jakim stopniu realizacja zadania zmieni ich sytuację) oraz jak rezultaty te będą badane

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---------|
| Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych: | |

II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---------|
| Przewidywany koszt realizacji zadania: | |

| | |
|---|----------------|
| Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: | |
| Słownie: | |
| Własne środki przeznaczone na realizację zadania: | |
| Inne źródła finansowania ogółem | |
| z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON | |
| Nazwa pola | Wartość |
| Publiczne: | |
| Niepubliczne: | |
| Harmonogram | |

III. Kosztorys rzeczowo-finansowy obejmujący rodzaje kosztów związanych z realizacją przedsięwzięcia

| Lp. | Zakres rzeczowy wg rodzajów kosztów | Zakres finansowy | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------------|
| | | Całkowita wartość rodzajów kosztów | Pozostałe źródła finansowania (w tym udział własny) | Kwota dofinansowania ze środków PFRON |
| | | | | |
| Razem: | | | | |
| Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia: | | | | |
| | | <i>Data i pieczęć wnioskodawcy</i> | | |
| | | | | |

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik |
|------------|-------------|
| | |

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik |
|------------|-------------|
| | |

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

| Lista |
|--------------|
| |

PODPISANY WNIOSEK

| Plik |
|-------------|
| |

KLAUZULA INFORMACYJNA

Administratorem Państwa danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Gdańsku z siedzibą przy ul. K. Leczkowa 1 A, 80-432 Gdańsk. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania Państwa danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (RODO) znajdują się na stronie internetowej www.mopr.gda.pl w zakładce „ochrona danych osobowych” oraz w siedzibie Wydziału Rehabilitacji Społecznej MOPR przy ul. Leczkowa 1 a. Klauzula informacyjna RODO dostępna jest również w Systemie Obsługi Wsparcia (SOW) w zakładce "Wzory załączników" pod nazwą "Klauzula informacyjna – Osoby z niepełnosprawnością".