**Data wpływu:**  **Nr sprawy:** DRON.4322.3…..

# WNIOSEK o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

## Część A – DANE WNIOSKODAWCY

### I. DANE WNIOSKODAWCY

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

### II. ADRES SIEDZIBY

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

**Ὸ Taki sam jak adres siedziby**

### III. ADRES DO KORESPONDENCJI

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

### IV. OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Pesel:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres email:** |  |

### 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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## Część B – INFORMACJE DODATKOWE

### I. INFORMACJE DODATKOWE

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Status prawny:** |  |
| **Nr rejestru sądowego (KRS):** |  |
| **Data wpisu do rejestru sądowego:** |  |
| **Organ założycielski:** |  |
| **Podstawa działania:** |  |
| **REGON:** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |
| **NIP:** |  |

### II. INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Czy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych?** | Nie Tak |
| **Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:** | Nie Tak |
| **Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:** |  |
| **Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:** | Nie Tak |
| **Podstawa prawna:** |  |
| **Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:** | Nie Tak |
| **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 Tak |
| **Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:** | Nie Tak |
| **Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:** | Nie Tak |

### III. 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:** |  |
| **Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:** |  |
| **Zasięg terytorialny działania Wnioskodawcy** |  |

### IV. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?**

Nie Tak

### V. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia | Kwota rozliczona |
|  |  |  |  |  |  |

## Część C – PRZEDMIOT WNIOSKU

### I. PRZEDMIOT WNIOSKU

**Przedmiot wniosku:**

### II. SZCZEGÓŁOWY PRELIMINARZ SPRZĘTU

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilość sztuk | Cena jednostkowa | Wartość ogółem | Do weryfikacji (wypełnia PCPR) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

### III. MIEJSCE REALIZACJI

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Określenie planowanych lokalizacji, w których będzie znajdował się sprzęt będący przedmiotem wniosku:** |  |

### IV. OPIS PRZEDSIĘWZIĘCIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Termin od:** |  |
| **Termin do:** |  |
| **Cel dofinansowania:** |  |
| **Liczba uczestników ogółem:** |  |
| **- w tym osoby niepełnosprawne do 18 lat:** |  |
| **Przewidywane efekty:** |  |

### V. KOSZTY PRZEDSIĘWZIĘCIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Przewidywany łączny koszt realizacji zadania:** |  |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:** |  |
| **Własne środki przeznaczone na realizację zadania:** |  |
| **Inne publiczne źródła finansowania ogółem - z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON:** |  |
| **Inne niepubliczne źródła finansowania ogółem - z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON:** |  |

**Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek:**

Koszty Ogólne

## Część D – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania.

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

3. Oświadczam, że podane we wniosku informacje są zgodne z prawdą.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa załącznika | Załączono do wniosku  tak/nie | Uzupełniono  tak/nie | Data uzupełnienia |
| wypełnia pracownik PCPR | |
| 1. Status prawny i podstawa działania /ważny 3 miesiące/ |  |  |  |
| 2. Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych /co najmniej 2 lat przed złożeniem wniosku/: |  |  |  |
| 3. W przypadku wnioskodawcy prowadzącym zakład pracy chronionej - potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej oraz informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystywania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku |  |  |  |
| 4. W przypadku gdy Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą do wniosku dołącza się:  - 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,  - 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. |  |  |  |
| 5. W przypadku ZPCH dodatkowo potwierdzona kopia decyzji w sprawie nadania statusu ZPCH oraz informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres 3 m-cy przed złożeniem wniosku. |  |  |  |
| 6. Oferta cenowa dotycząca zakupu wnioskowanego sprzętu. |  |  |  |
| 7. Udokumentowanie źródeł finansowania innych niż PFRON. |  |  |  |
| 8. Inne dokumenty. |  |  |  |

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań, w związku z przepisem art. 75 § 2 Kodeksu Postępowanie Administracyjnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą,

……………………………………… ……………………………………………

Data i pieczątka wraz z podpisem osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku:

………………………………………

Data i pieczątka i podpis pracownika PCPR