Data wpływu:

Nr sprawy:

**WNIOSEK**

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| I. DANE WNIOSKODAWCY | |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| Pełna nazwa Wnioskodawcy: |  |
| Nr telefonu: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Strona internetowa: |  |
| II. ADRES SIEDZIBY | |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica: |  |
| Nr domu: |  |
| Nr lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Poczta: |  |

* Taki sam jak adres siedziby

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| III. ADRES DO KORESPONDENCJI | | | |
| Nazwa pola | | Do uzupełnienia | |
| Województwo: | |  | |
| Powiat: | |  | |
| Gmina: | |  | |
| Miejscowość: | |  | |
| Ulica: | |  | |
| Nr domu: | |  | |
| Nr lokalu: | |  | |
| Kod pocztowy: | |  | |
| Poczta: | |  | |
| IV. OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK | | | |
| Nazwa pola |  | Do uzupełnienia | |
| 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 | Do uzupełnienia |
| Status prawny: |  |
| Nr rejestru sądowego (KRS): |  |
| Data wpisu do rejestru sądowego: |  |
| Organ założycielski: |  |
| REGON: |  |
| NIP: |  |
| Podstawa działania: |  |
| Sektor finansów: | * publicznych * niepublicznych |
| Nazwa banku: |  |
| Nr rachunku bankowego: |  |
| II. INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY | |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| 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 dotyczy * 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 | Do uzupełnienia |
| 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: |  |

IV. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?

* Nie

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| V. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON | | | | | |
| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia | Kwota  dofinansowania | Stan rozliczenia | Kwota  rozliczona |
|  |  |  |  |  |  |

* Tak

# Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot wniosku:

|  |
| --- |
|  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| IV. OPIS PRZEDSIĘWZIĘCIA | |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| Termin od: |  |
| Termin do: |  |
| Cel dofinansowania: |  |
| Liczba uczestników ogółem: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| III. MIEJSCE REALIZACJI | | |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia | |
| Określenie planowanych lokalizacji, w których będzie znajdował się sprzęt będący przedmiotem wniosku: |  | |
| - w tym osoby niepełnosprawne do 18 lat: |  | |
| - w tym osoby niepełnosprawne powyżej  18 lat: |  | |
| Przewidywane efekty: |  | |
| V. KOSZTY PRZEDSIĘWZIĘCIA | | |
| Nazwa pola | | Do uzupełnienia |
| 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:

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania.
2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.

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

|  |  |
| --- | --- |
| ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU | |
| Lp. | Wartość |
| 1. | aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej |
| 2. | statut |
| 3. | sposób reprezentacji /pełnomocnictwa |
| 4. | oświadczenie wnioskodawcy, że nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i nie był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie |
| 5. | udokumentowanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON |
| 6. | udokumentowanie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania |
| 7. | pracodawca zakładu pracy chronionej  a) kopia decyzji o nadaniu statusu zakładu pracy chronionej |
|  | b) informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji  osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku |
|  | c) zaświadczenia 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 |
|  | d) 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 |
| 8. | podmiot prowadzący działalność gospodarczą  a) zaświadczenia 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 |
|  | 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 |
| 9. | oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy (o ile dotyczy) |
| 10 | lista uczestników (załącznik do wniosku) |
| 11. | inne dokumenty: |
|  | a/ |
|  | b/ |