**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:** |  | | |
| **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** | | **PESEL** | **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:** |  | |

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

**IV. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON**

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?**

* Nie
* 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)** |
|  |  | | |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |
|  | | **III. MIEJSCE REALIZACJI** | | | | | |
| **Nazwa pola** | | **Do uzupełnienia** | | | | | |
| **Określenie planowanych lokalizacji, w których będzie znajdował się sprzęt będący przedmiotem wniosku:** | |  | | | | | |
|  | | | **IV. OPIS PRZEDSIĘWZIĘCIA** | | | | |
| **Nazwa pola** | | | **Do uzupełnienia** | | | | |
| **Termin od:** | | |  | | | | |
| **Termin do:** | | |  | | | | |
| **Cel dofinansowania:** | | |  | | | | |
| **Liczba uczestników ogółem:** | | |  | | | | |
| **- w tym osoby niepełnosprawne do 18 lat:** | | |  | | | | |
| **- w tym osoby niepełnosprawne powyżej**  **18 lat:** | | |  | | | | |
| **Przewidywane efekty:** | | |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **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.** | **Plik** | | |
|  |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE** |
| **Lista** |
|  |
| **PODPISANY WNIOSEK** |
| **Plik** |
|  |
| Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:  1. Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego (ważny 3 miesiące)  2. Statut  3. Oświadczenie o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres, co najmniej 2 lat przed złożeniem wniosku  4. Udokumentowanie posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie części zadania nieobjętej dofinansowaniem z PFRON  5. Oświadczenie, że Wnioskodawca nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON, wymagalnych zobowiązań wobec ZUS, US oraz wobec organów i instytucji wykonujących zadania z zakresu administracji publicznej, a także, że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie był stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie  6. W przypadku, gdy Wnioskodawca jest:  - podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej dołączyć należy:  \* 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 de minimis  - pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej do wniosku dołącza się:  \* potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronione  \* informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku  Wszystkie z załączonych dokumentów należy złożyć w formie kserokopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy |