

Data wpływu: Nr sprawy:
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:	<input type="checkbox"/> publicznych <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 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:	

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?

{ } Nie

{ } Tak

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

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot wniosku:

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary school writing paper. The lines are evenly spaced and run across the entire width of the page. There are no margins, text, or other markings present.

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:

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:	

.....

.....

.....

.....

.....

OŚWIADCZENIE

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

[illegible]

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny - instytucje

- 1 Aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej (ważny 3 miesiące),
- 2 Statut/ regulamin (zawierający informacje o działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych),
- 3 Kopia decyzji o nadaniu numeru REGON i NIP
- 4 Dokument/y potwierdzający/e prowadzenie działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres, co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku (cel działania, teren działalności, liczba osób objętych działalnością rehabilitacyjną, charakterystyka działalności prowadzonej na rzecz osób niepełnosprawnych); **(załącznik nr 2)**,
- 5 Aktualny tytuł prawny do lokalu w którym prowadzona jest działalność na rzecz osób niepełnosprawnych,
- 6 Udokumentowanie informacji dotyczącej zatrudnienia fachowej kadry posiadającej kwalifikacje niezbędne do realizacji zadania,
- 7 Oświadczenie / zaświadczenie o posiadaniu środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem,
- 8 Zaświadczenie o posiadaniu konta bankowego wraz z informacjami o ewentualnych obciążeniach,
- 9 Sposób reprezentowania (pełnomocnictwo/a),
- 10 Oświadczenie o zapoznaniu się z Klauzulą Informacyjną RODO Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Gorzowie Wielkopolskim,
- 11 Oferta cenowa od sprzedawcy na planowany zakup urządzenia (faktura PRO FORMA)
- 12 Oświadczenie, o nie posiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu oraz, że żadna z wcześniejszych umów nie została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy **(załącznik nr 1)**
- 13 Inne dokumenty w zależności od formy prowadzenia działalności.

W przypadku Wnioskodawcy prowadzącego działalność gospodarczą:

- 1 Zaświadczenie o pomocy *de minimis* otrzymanej o okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy *de minimis* w tym okresie

- 2 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*
- 3 oświadczenie, że wnioskodawca nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy

W przypadku, gdy Wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:

- 1 Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statutu zakładu pracy chronionej
- 2 Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku.
- 3 Zaświadczenia o pomocy *de minimis* otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy *de minimis* w tym okresie
- 4 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*.

Informacja dodatkowa - dokumenty należy dołączyć do wniosku w formie:

- 1 Skanu - w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW
- 2 Kopii dokumentów które powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem, podpisane przez Wnioskodawcę lub osobę upoważnioną oraz mieć ponumerowane strony; z wyjątkiem oświadczeń które należy dołączyć w oryginale – w przypadku składania wniosku tradycyjnie

OŚWIADCZENIA:

1. Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 i §2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeksu Karnego (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1600 ze zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.
2. Oświadczam, że nie posiadam/posiadam* zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. Oświadczam, iż w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłam(łem)/byłam(łem)* stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gorzowie Wielkopolskim w celach związanych z realizacją zadania, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz 1000 ze zm.).

.....
data, podpisy i pieczętki osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

* właściwe zaznaczyć

Pouczenie:

1. We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy wypełnić go komputerowo lub w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr.....”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.
2. Dofinansowanie ze środków PFRON nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się ma zaległości wobec PFRON lub był w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązywanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu. Dofinansowania nie otrzymają także Ci Wnioskodawcy, w stosunku, do których toczy się postępowanie w organach, tj. policja, sąd, prokuratura w związku z nieprawidłową realizacją umowy do czasu uzyskania prawomocnego wyroku oraz Wnioskodawcy, w stosunku, do których zapadło prawomocne orzeczenie sądu w związku z nieprawidłową realizacją umowy.
3. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
4. O wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku Wnioskodawca zobowiązuje się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gorzowie Wielkopolskim niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od ich wystąpienia.
5. Złożenie wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.
6. Wnioski będą rozpatrywane po otrzymaniu przez powiat środków z PFRON.

.....
data, podpisy i pieczętki osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

Charakterystyka działalności Wnioskodawcy związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych, o których mowa w art. 1 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, w rozumieniu art. 7 ust. 1 tej ustawy.

1 Działania Wnioskodawcy w zakresie określonym art. 7 ust. 1 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, podejmowane na rzecz osób niepełnosprawnych:

a Wnioskodawca oświadcza, że prowadzi oddziałalność na rzecz
(dzień, miesiąc rok)

osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji: zawodowej , społecznej , leczniczej

b Na terenie

c Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)
.....

2) Syntetyczna charakterystyka działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych prowadzonej przez Wnioskodawcę w okresie co najmniej dwóch lat przed dniem złożenia wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data, podpisy i pieczętki osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy