

Data wpływu:

Nr sprawy:

Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## 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:	<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

<b>Podstawa prawna:</b>	
<b>Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>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)?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

### III. INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

<b>proceedzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych?</b>	
<b>Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:</b>	
<b>Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:</b>	

**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 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:	

### 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

- Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania.
- 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**

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),
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 Przysusze
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
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*

**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

## PODPISANY WNIOSEK

Plik