

Data wpływu:

Nr sprawy:

WNIOSEK

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. NAZWA I ADRES WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Nazwa:	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Poczta:	
Kod pocztowy:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Nr telefonu:	
Nr faksu:	
Adres e-mail:	
Strona internetowa:	

**II. OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTACJI I ZACIĄGANIA ZOBOWIĄZAŃ FINANSOWYCH
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.

Nazwa pola	Wartość
Osoba 1 – Imię i nazwisko:	
Osoba 1 – Funkcja:	
Osoba 2 – Imię i nazwisko:	
Osoba 2 – Funkcja:	

**III. INFORMACJE O REALIZACJI OBOWIĄZKU WPLĄT NA RZECZ PFRON PRZEZ
WNIOSKODAWCĘ**

Nazwa pola	Wartość
Numer identyfikacyjny Funduszu	
Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
W przypadku zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON podać podstawę prawną:	
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku:	

IV. INFORMACJE DODATKOWE

Nazwa pola	Wartość
Status prawny:	
REGON:	
NIP:	
Organ założycielski:	
Nr rejestru sądowego:	
Data wpisu do rejestru sądowego:	

Data uzyskania statusu ZPCH:	
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

V. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?

- Nie
 Tak

VI. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach, którego przyznana została pomoc)	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot

wniosku:.....

Dofinansowanie dotyczy:

- dzieci i młodzieży niepełnosprawnej
 dorosłych osób niepełnosprawnych

Nr domu:	
Nr lokalu:	

IV. OPIS PRZEDSIĘWZIĘCIA

Nazwa pola	Wartość
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	Wartość
Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia:	
Deklarowane własne środki:	
Inne źródła finansowania ogółem:	

z tego:

Lp.	Nazwa źródła	Kwota
1)		
2)		
3)		
Nazwa pola	Wartość	
Wnioskowana kwota:		
Słownie:		

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

.....

Opis poniesionych

nakładów:.....

.....

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.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy</i>

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

1. Pro forma faktura lub wycena wstępna (kosztorys) na zakup sprzętu, wystawiona przez dostawcę sprzętu rehabilitacyjnego (sklep/firmę) na podmiot.
2. Pisemne informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał podmiot w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się objęciem pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis.
3. Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o wywiązywaniu się z obowiązku podatkowego.
4. Zaświadczenie o posiadaniu środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem.
5. Oświadczenie, że podmiot nie jest w trudnej sytuacji ekonomicznej.
6. Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych.
7. Aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej (ważny 3 miesiące).
8. Jeżeli pracodawca prowadzi zakład pracy chronionej – do wniosku należy dołączyć:
 - 1) Potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
 - 2) Informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku