Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Data wpływu:
Nr sprawy: PCPR.ZOAR.712……

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:	
Adres e-doręczenia:	

II. ADRES SIEDZIBY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

□ **Taki sam jak adres siedzib**

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:	

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

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*

Wypełnia PCPR

Załączniki do wniosku

Wykaz załączników (dokumentów) wymaganych do wniosku	**Załączono do wniosku tak/nie**	**Uzupełniono dnia:**
Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z centralnej ewidencji działalności gospodarczej /ważny 3 miesiące/.		
Statut wnioskodawcy.		
Dokument potwierdzających prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat.		
Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo).		
Aktualny tytuł prawny do lokalu, w którym prowadzona jest działalność na rzecz osób niepełnosprawnych.		
Oferta cenowa na wnioskowany sprzęt, wystawiona przez dostawcę sprzętu rehabilitacyjnego na wnioskodawcę.		
Oświadczenie Wnioskodawcy stanowiące załącznik nr 1 do wniosku.		
Jeżeli wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców dołącza do wniosku:		
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.		
Informację o każdej innej pomocy niż *de minimis*, jaką otrzymał wnioskodawca w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc *de mini mis.*		
Jeżeli wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej dołącza do wniosku:		
Informację o każdej innej pomocy niż *de minimis*, jaką otrzymał wnioskodawca w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc *de mini mis.*		

Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej – kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy.		
Informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku – dotyczy Zakładu Pracy Chronionej.		

Uwaga ! Dokumenty w kserokopii winny być potwierdzone “za zgodność z oryginałem” przez osobę uprawnioną.

Na żądanie PCPR wnioskodawca zobowiązany jest przedłożyć oryginały dokumentów.

(data, pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR)

Podpis
.....