

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

(Prosimy wypełnić drukowanymi literami wszystkie rubryki)

Część A: Informacje dotyczące Wnioskodawcy

1. Nazwa i adres Wnioskodawcy:

Pełna nazwa:			
.....			
		-	
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr
Nr tel:	Nr fax:	Adres poczty elektronicznej:	

2. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy:

(pieczęćka imienna)

podpis:

(pieczęćka imienna)

podpis:

Dane osoby (osób) upoważnionej do prowadzenia sprawy.

.....

.....

.....

3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON?	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON	
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON?	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości zł	

4. Informacje o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych:

Wnioskodawca zatrudnia ogółem osób (w przeliczeniu na etaty) etatów
Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne (w przeliczeniu na etaty) etatów
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych %

5. Informacje o działalności rehabilitacyjnej osób niepełnosprawnych:

Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczeniem o niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:		
<input type="checkbox"/> zawodowej	<input type="checkbox"/> leczniczej	<input type="checkbox"/> społecznej
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)		

6. Informacje o stanie prawno-finansowym Wnioskodawcy:

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy:		
Status prawny	REGON	
Nr rejestru sądowego/ innego rejestru/ewidencji	Data wpisu do rejestru sądowego/innego rejestru/ewidencji	
Organ założycielski	Nr identyfikacyjny NIP	
Nazwa banku	Nr konta bankowego	
Czy wnioskodawca jest płatnikiem VAT	Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>

7. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON					Tak: <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło (PFRON)	

Syntetyczny opis efektów przyznanego i wykorzystanego dofinansowania:	
---	--

8. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:

Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:	
Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy: cel działania; teren działania; liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością; liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i kwalifikacje rehabilitantów i techników; znaczenie prowadzonej działalności dla osób niepełnosprawnych; inne informacje	

9. Informacje o posiadanych zasobach rzeczowych i kadrowych wskazujących na możliwość wykonania zadania, (informacje o zabezpieczeniu pomieszczeń niezbędnych do zainstalowania wnioskowanego sprzętu, o zatrudnieniu wykwalifikowanej kadry niezbędnej do właściwego wykorzystania sprzętu) :

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Oświadczam, że:

1. Zatrudniam fachową kadre do obsługi zadania/zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania.*
2. Posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
3. Nie mam zaległości wobec PFRON lub nie byłem(am), w ciągu trzech lat przed dniem złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
4. Posiadam środki finansowe własne na pokrycie wymaganego wkładu własnego,
5. Wszystkie podane we wniosku oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym jak również jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Uwaga: wszystkie z załączanych dokumentów mogą zostać złożone w formie kserokopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do reprezentacji Wnioskodawcy.

POUCZENIE

Art. 75 § 2. KPA Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania.

Przepis art. 83 § 3 stosuje się odpowiednio.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014r. poz. 1182 z późn. zm.).

.....
data i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku :

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data Uzupełnienia
		<i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>	
1. Aktualny wypis z rejestru sądowego/innego rejestru/wypis z ewidencji działalności gospodarczej /ważny 3 miesiące/			
2. Statut			
3. Zaświadczenie o nadaniu NIP i REGON			
4. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)			
5. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach			
6. Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych w okresie dwóch lat przed złożeniem wniosku			
7. Udokumentowanie posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON			
8. Rachunek Pro – Forma kosztów związanych z zaopatrzeniem w sprzęt rehabilitacyjny			

<p>9. Podmiot prowadzący działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej do wniosku załącza:</p> <p>a) zaświadczenia 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,</p> <p>b) 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 związana jest pomoc de minimis</p>			
<p>10. W przypadku wnioskodawcy mającego status Zakładu Pracy Chronionej :</p> <p>a) potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,</p> <p>b) informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku,</p> <p>c) informację o której mowa z pkt. 8 a i b.</p>			

TERMIN ZŁOŻENIA WNIOSKU WRAZ Z ZAŁĄCZNIKAMI:

- ✓ Poprawnie wypełniony wniosek wraz z załącznikami należy złożyć do dnia **30 listopada roku poprzedzającego realizację zadania.**
- ✓ **Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadań poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.**