

Data wpływu:



Nr sprawy:/2022

WNIOSEK

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY**I. DANE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Wartość
Pełna nazwa Wnioskodawcy:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Strona internetowa:	

II. ADRES SIEDZIBY

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

 Taki sam jak adres siedziby
III. ADRES DO KORESPONDENCJI

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	

Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

IV. OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

Nazwa pola	Wartość
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	Wartość
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:	LL LL LL LL LL LL LL LL LL LL LL LL LL LL LL

II. INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
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?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 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)?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

III. INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Wartość
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 PFRONCzy 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
Razem:	X	X		X	

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**I. PRZEDMIOT WNIOSKU**

Przedmiot wniosku:

.....

.....

.....

II. SZCZEGÓŁOWY PRELIMINARZ SPRZĘTU

Lp.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem	Do weryfikacji (wypełnia MOPR)

III. MIEJSCE REALIZACJI

Nazwa pola	Wartość
Określenie planowanych lokalizacji, w których będzie znajdował się sprzęt będący przedmiotem wniosku:	

IV. OPIS PRZEDSIĘWZIĘCIA

Nazwa pola	Wartość
Termin od:	
Termin do:	
Cel dofinansowania (<i>opis</i>):	
Liczba uczestników ogółem:	
- w tym osoby niepełnosprawne do 18 lat:	
- w tym osoby niepełnosprawne powyżej 18 lat:	
Przewidywane efekty:	

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

1. Oświadczenie zał. nr 1
2. Aktualny wypis z rejestru sądowego lub z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej wydany nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku (kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy)
3. Aktualny statut (kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy)
4. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo) – w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy
5. Wydane (nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) przez bank zaświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego, wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach
6. Udokumentowanie środków pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie realizacji zadania, w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON /o ile dotyczy/
7. W przypadku podmiotów prowadzących działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. prawo przedsiębiorców - do wniosku dołącza się /o ile dotyczy/:
 - 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,
 - 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
8. W przypadku podmiotów prowadzących ZPCh (poza zał. wymienionymi w pkt 7), do wniosku dołącza się /o ile dotyczy/:
 - potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu ZPCh
 - informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku
9. Klauzula informacyjna