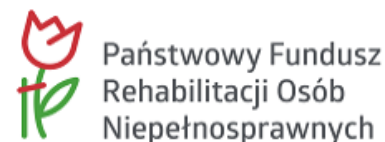


Data wpływu:



Nr sprawy:/2024

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

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

 Taki sam jak adres siedziby

III. ADRES DO KORESPONDENCJI

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
	L L L L L L L L L L L	
	L L L L L L L L L L L	

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:	L L

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
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	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 (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	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	Do uzupełnienia ogółem	Do weryfikacji (wypełnia MOPR)

III. MIEJSCE REALIZACJI

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

IV. OPIS PRZEDSIĘWZIĘCIA

Termin od:	
Termin do:	
Cel dofinansowania (opis):	

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Liczba uczestników ogółem:	
- w tym osoby niepełnosprawne do 18 lat:	
- w tym osoby niepełnosprawne powyżej 18 lat:	
Przewidywane efekty:	

V. KOSZTY PRZEDSIĘWZIĘCIA

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 Do uzupełnienia 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 zatrudniłem fachową kadrę do obsługi zadania.
- Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
- Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny* - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

* „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

Miejscowość Data	Pieczęć Wnioskodawcy	Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lista		Załączone do wniosku
1.	Oświadczenie zał. nr 1	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
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 (<i>kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy</i>)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3.	Aktualny statut (<i>kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy</i>)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
4.	Sposób reprezentacji (<i>pełnomocnictwo</i>) – w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
5.	Wydane (<i>nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku</i>) przez bank zaświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
6.	Udokumentowanie środków pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie realizacji zadania, w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON /o ile dotyczy/	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie 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	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
8.	W przypadku podmiotów prowadzących ZPCh (<i>poza zał. wymienionymi w pkt 7</i>), 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	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
9.	Klauzula informacyjna	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
10.	Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed złożeniem wniosku	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
11.	Inne (<i>wymienić jakie</i>):	

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU
