

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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

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

☐ Taki sam jak adres siedziby**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.

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

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	☐ Aktualny wpis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej/statut.
2.	☐ Dokument/y potwierdzające/y prowadzenie działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres, co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku oraz cel działania, teren działalności, liczba osób objętych działalnością rehabilitacyjną, charakterystyka działalności prowadzonej na rzecz osób niepełnosprawnych (wg. Załącznika zgodnie z wzorem załączników).
3.	☐ Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo).
4.	☐ Udokumentowanie informacji dotyczącej zatrudnienia fachowej kadry posiadającej kwalifikacje niezbędne do realizacji zadania.
5.	☐ Klauzulę Informacyjną RODO Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łodzi (wg. Załącznika zgodnie z wzorem załączników).

6.	☐ Udokumentowane posiadanie konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach.
7.	☐ Udokumentowanie posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem Funduszu.
8.	☐ Szczegółowy preliminarz sprzętu.
9.	☐ Minimum dwie oferty cenowe od dwóch różnych oferentów na zakup wnioskowanego do dofinansowania sprzętu rehabilitacyjnego.
10.	☐ W przypadku, gdy podmiot ubiegający się o dofinansowanie jest: 1) zakładem pracy chronionej, (według załącznika zgodnie ze wzorem załączników) do wniosku dołącza się: a) potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej; b) sprawozdanie F-01 i F-02 za rok poprzedzający złożenie wniosku; c) kwotę naliczenia oraz sprawozdanie z wykorzystania zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres 3 miesięcy przed datą złożenia wniosku, informację o pomocy publicznej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami i warunkami dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców; 2) przedsiębiorcą, (według załącznika zgodnie ze wzorem załączników) do wniosku dołącza: a) zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie; b) informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą na dany projekt; c) oświadczenie, że wnioskodawca nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielenia pomocy.
11.	☐ Oświadczenie o sytuacji ekonomicznej z możliwością weryfikacji przy podpisaniu umowy (zgodnie ze wzorem załączników).

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU **wypełnia wnioskodawca**

Lp.	Plik
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE**Lista**

- aktualny wypis z rejestru sądowego / statut,
- dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez co najmniej 2 lata,
- sposób reprezentacji (pełnomocnictwo),
- udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach,
- udokumentowanie zatrudnienia fachowej kadry do realizacji zadania,
- oświadczenie o korzystaniu z pomocy de minimis za okres trzech lat poprzedzających rok złożenia wniosku,
- oświadczenie o sytuacji ekonomicznej,
- szczegółowy preliminarz sprzętu- minimum dwie oferty cenowe na wnioskowany sprzęt,
- w przypadku Zakładów Pracy Chronionej: decyzja o nadaniu statusu ZPCH, sprawozdanie F-01 i F-02, kwota naliczania oraz sprawozdanie z wykorzystania Zakładowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych,
- klauzula informacyjna.

PODPISANY WNIOSEK**Plik**