

Data wpływu:
Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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

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:	

IV. OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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	Do uzupełnienia
Status prawny:	
Nr rejestru sądowego (KRS):	
Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	
REGON:	
NIP:	
Podstawa działania:	
Sektor finansów:	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	
Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON?	<input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> Tak
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON?	
Czy wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON?	<input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> Tak
Kwota zaległości	

II. INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Czy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych? (w przypadku odpowiedzi twierdzącej opisać zakres działalności)	
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:	<input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> 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="radio"/> Nie dotyczy <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> Tak
Podstawa prawna:	
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:	<input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> 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="radio"/> Nie <input type="radio"/> Tak
Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:	<input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> 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:	
Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy: cel działania, teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością:	
Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczeniem o niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> zawodowej<input type="radio"/> leczniczej<input type="radio"/> społecznej

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
Nazwa oraz 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. Wnioskodawca w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku nie był stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy
2. Wnioskodawca nie posiada zaległości wobec PFRON
3. Wnioskodawca posiada środki własne lub pozyskane z innych źródeł niż PFRON na sfinansowanie zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu
4. Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku
5. Wnioskodawca zapewni odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe do realizacji zadania będącego przedmiotem wniosku. Zrealizuje zadanie z zastosowaniem minimalnych wymagań służących zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (t. j. Dz.U z 2022 r. poz. 2240), w zakresie określonym w umowie o dofinansowanie;
6. Wnioskodawca zapewnia fachową kadrę do realizacji zadania
7. Nie toczy się w stosunku do Wnioskodawcy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację
8. Dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą. O zmianach zaistniałych po założeniu wniosku Wnioskodawca zobowiązuje się informować w ciągu 14 dni
9. Wnioskodawca zrealizuje zadanie dla osób niepełnosprawnych tj. posiadających orzeczenie o niepełnosprawności do 16 roku życia lub jedno z wymienionych orzeczeń: o znacznym, umiarkowanym, lekkim stopniu niepełnosprawności, całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, niezdolności do samodzielnej egzystencji, lub I, II, III grupie inwalidzkiej orzeczonej przed 1 stycznia 1998 roku, czy też o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed 1 stycznia 1998 roku. Orzeczenia te będą aktualne w trakcie realizacji zadania.

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 oraz 297 paragraf 1.3 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 roku Kodeks karny oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

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

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

1. Aktualny wypis z rejestru sądowego/innego rejestru/ewidencji.
 2. Statut.
 3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)
 4. Podmiot prowadzący działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej do wniosku załącza:
 - 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
 - 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 lub oświadczenie o niekorzystaniu z innej pomocy.
 5. Podmiot prowadzący zakład pracy chronionej do wniosku załącza:
 - potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
 - informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed złożeniem wniosku
- Uwaga:** wszystkie z załączanych dokumentów mogą zostać złożone w formie kserokopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do reprezentacji Wnioskodawcy.