

Nr sprawy.....

Wniosek kompletny przyjęto w dn.

.....
Pieczęć Wnioskodawcy

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny
dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą,
osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

część A: Dane i informacje o Wnioskodawcy**Nazwa i adres Wnioskodawcy**

Pełna nazwa					
.....					
mijscowość	Kod pocztowy	ulica	Nr	Powiat	województwo
Nr telefonu			NIP		
Nr fax:			Regon		
Status prawny			Podstawa prawna działania		
Nazwa banku			Nr rachunku bankowego		
Nr rejestru sądowego			Data wpisu do rejestru sądowego		
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT			TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		

Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy

(Pieczęćka imienna)	(Pieczęćka imienna)
podpis	podpis

Informacja o zatrudnieniu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych:

Wnioskodawca zatrudnia ogółem osób (w przeliczeniu na etaty)	etatów
Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne (w przeliczeniu na etaty)	etatów
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych	%
Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:	
Zawodowej:	Leczniczej: Społecznej:
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)	
W tym: do lat 18	powyżej lat 18: razem:
Wnioskodawca prowadzi działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych:	
a) w okresie do 2 lat <input type="checkbox"/> tj. od roku	
b) powyżej 2 lat <input type="checkbox"/>	

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"/>
Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości		

Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON				Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
Nr i data umowy	kwota	cel	termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło (PFRON, samorząd Powiatowy, inne)	Umowę rozwiązano z przyczyn Wnioskodawcy
W tym na rzecz:						
Syntetyczny opis przyznanego i wykorzystanego dofinansowania						

Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy

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

część B: Informacje o przedmiocie wniosku

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania

Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego:

Przewidywany koszt ogólny słownie : zł

1. Deklarowane środki własne: zł

2. Inne źródła:

a).....

b).....

c).....

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON..... zł

Wnioskowana kwota słownie:

Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:

.....

Upředzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (j.t. Dz. U. z 2018 r. poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

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

Oświadczam, że mam/nie mam zaległości wobec Funduszu, oraz byłem/nie byłem stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie w ciągu 3 ostatnich lat.

.....
miejsowość

.....
data

.....
podpis Wnioskodawcy

Załączniki wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		(wypełnia pracownik PCPR)	
Aktualny wypis z rejestru sądowego			
Status prawny i podstawę działania (Statut)			
Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)			
Udokumentowane posiadanie konta bankowego			
Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON			
Preliminarz wydatków związanych z realizacją zadania			
Oświadczenie o prowadzeniu działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.			
Gdy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą: -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. -oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy.			
Gdy podmiot jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej : -informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych latach poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców, -potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej, -informacja o wysokości i sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku. -oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy			
Inne dokumenty: a)..... b).....			

Adnotacje PCPR

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informacje o przyznaniu dofinansowania:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Hrubieszowie informuje, że przyznaje / nie przyznaje środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w kwocie

słownie.....

na dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego typu:

.....

.....

.....

.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis Dyrektora PCPR