

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON DO ZAOPATRZENIA W SPRZĘT
REHABILITACYJNY DLA OSÓB FIZYCZNYCH I JEDNOSTEK ORGANIZACYJNYCH
PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W MYŚLENICACH**

Nr sprawy

Data przyjęcia

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W MYŚLENICACH

CZĘŚĆ I – INFORMACJA O WNIOSKODAWCY

Pełna nazwa Wnioskodawcy :

.....
.....

Nr kodu.....Miejscowość.....Ulica.....

Nr.....Powiat.....Województwo.....

Nr telefonu.....

Osoby uprawnione do reprezentowania wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych.

.....

Pieczętka imienna i podpis

.....

Pieczętka imienna i podpis

Dodatkowe informacje o wnioskodawcy :

..... Status prawny i podstawa działania REGON
..... Nr rejestru sądowego Data wpisu i rejestru sądowego
..... Organ założycielski Nr identyfikacji podatkowej NIP
..... Nazwa banku Nr konta bankowego
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT	TAK NIE

Źródła finansowania działalności wnioskodawcy:

.....

Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy: m.in.: cel
---	-------

działania, teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje.
---	--

Wnioskodawca prowadzi działalność rehabilitacyjną od rokudla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:

<input type="checkbox"/> zawodowej	<input type="checkbox"/> lecniczej	<input type="checkbox"/> społecznej
---------------------------------------	---------------------------------------	--

Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON					Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło: PFRON; samorząd powiatowy	
Opis efektów przyznanego i wykorzystanego dofinansowania						

CZĘŚĆ II – INFORMACJE O PRZEDMIOCIE DOFINANSOWANIA

Przedmiot dofinansowania / przewidywany koszt realizacji zadania

Lp.	Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego	Ilość	Cena	Nr faktury Pro forma

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 50% kosztów zadania), nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzeniazł słownie :

(.....)

Deklarowane własne środki: zł (minimum 50%)

Inne źródła finansowania ogółem (jeśli takie występują) :

Uzasadnienie konieczności zakupu sprzętu :

.....
.....
.....

Przewidywane efekty realizacji zadania (wskazać liczbę osób niepełnosprawnych korzystających z efektów zadania

.....
.....
.....
.....

Załączniki do wniosku:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
<i>/wypełnia pracownik PCPR/</i>			
1.Statut lub regulamin			
2.Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)			
3.Oświadczenia pełnomocników o zgodzie na wykorzystanie danych osobowych, koniecznych do realizacji zadania zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (t. j.: Dz. U. 2016 poz. 922 .)			
4.Oświadczenie wnioskodawcy, że nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i nie był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie			
5.Udokumentowanie posiadania konta bankowego 4			
6.Dotyczy podmiotów prowadzących działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (t.j. : Dz.U. 2016 poz. 1829 z późn. zm.); a)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, b)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,			
7.Dotyczy zakładów pracy chronionej: a)potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu			

zakładu pracy chronionej, b)informacja o kwocie naliczenia oraz sposobie wykorzystania zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku			
8.Udokumentowanie informacji o innych źródłach finansowania realizacji przedsięwzięcia objętego wnioskiem pozyskanych z innych źródeł niż PFRON			
9.Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych, przez okres co najmniej dwóch lat przed dniem złożenia wniosku			
10.Ofertę cenową, fakturę pro-forma lub inny dokument potwierdzający podany przez Wnioskodawcę koszt realizacji zadania (minimum 2)			

Oświadczenia :

- ✓ Oświadczam ,że podane we wniosku informacje są zgodne z prawdą.
- ✓ Oświadczam ,że reprezentowany przeze mnie podmiot zobowiązuje się do uzyskania środków finansowych w wysokości wystarczającej na pokrycie udziału własnego w kosztach realizacji zadania/ zadań .
- ✓ Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz nie był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie.
- ✓ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r. poz. 922). Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek o dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z PFRON i zatwierdzeniu ich uchwałą Rady Powiatu Myślenickiego.

.....
data i podpis osób uprawnionych
do reprezentacji Wnioskodawcy

.....
data i podpis osób uprawnionych
do reprezentacji Wnioskodawcy