

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:	<input type="checkbox"/> publicznych <input type="checkbox"/> 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?	<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:	

<b>Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:</b>	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Podstawa prawna:</b>	
<b>Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>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)?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

### III. INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych?</b>	
<b>Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:</b>	

**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**

<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
<b>Termin od:</b>	
<b>Termin do:</b>	
<b>Cel dofinansowania:</b>	
<b>Liczba uczestników ogółem:</b>	
<b>- w tym osoby niepełnosprawne do 18 lat:</b>	
<b>- w tym osoby niepełnosprawne powyżej 18 lat:</b>	
<b>Przewidywane efekty:</b>	

**V. KOSZTY PRZEDSIĘWZIĘCIA**

<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
<b>Przewidywany łączny koszt realizacji zadania:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
<b>Własne środki przeznaczone na realizację zadania:</b>	
<b>Inne publiczne źródła finansowania ogółem - z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON:</b>	
<b>Inne niepubliczne źródła finansowania ogółem - z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON:</b>	

**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.

Miejscowość	Data	Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia
1.	Aktualny wypis z rejestru sądowego (ważny 3 miesiące)			
2.	Statut			
3.	Regon			
4.	Pełnomocnictwo			
5.	Udokumentowanie posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł w wysokości nie objętej dofinansowaniem ze środków PFRON ( minimum 20% kosztów organizacji przedsięwzięcia)			
6.	W przypadku gdy Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej dołączyć należy: 1) 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, 2) 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 de minimis.			
7.	Oświadczenie o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych			
8.	Oświadczenie o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec Urzędu Skarbowego			
9.	Oświadczenie o nieposiadaniu zaległości, ani wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych			
10.	Inne dokumenty wymagane przez Realizatora			

**CZĘŚĆ D WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA PCPR w Ciechanowie****1. Weryfikacja formalna**

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania do sprzętu rehabilitacyjnego dla instytucji	- tak - nie	
2	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w ustawie oraz rozporządzeniu	- tak - nie	
3	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego	- tak - nie	
4	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu	- tak - nie	
5	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach	- tak - nie	
6	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	- tak - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		...../...../20.... r.	
<b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>		<input type="checkbox"/> <b>pozytywna</b>	<input type="checkbox"/> <b>negatywna</b>
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie		- tak - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		- tak - nie	

<i>pieczęćka imienna pracownika PCPR w Ciechanowie dokonującego weryfikacji formalnej wniosku</i>	<i>pieczęćka imienna Dyrektora PCPR w Ciechanowie</i>
<b>data, podpis:</b>	<b>data, podpis:</b>

**2. Decyzja dotycząca wniosku**

<b>DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY DLA INSTYTUCJI</b>	
pozytywna:	negatywna:
<b>PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):</b>	
<b>UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI POZYTYWNEJ:</b>	
<b>UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:</b>	
Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania	
.....20..... r. data	..... podpisy osób podejmujących decyzję