

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY – DLA OSÓB
FIZYCZNYCH PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ,
OSÓB PRAWNYCH I JEDNOSTEK ORGANIZACYJNYCH
NIEPOSIADAJĄCYCH OSOBOWOŚCI PRAWNEJ
NA ROK**

Zgodnie z § 12 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 926) **wniosek należy złożyć do 30 listopada roku poprzedzającego realizację zadania.**

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”. W przypadku gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

I. Informacje ogólne

1. Nazwa zadania:

2. Nazwa podmiotu:

3. Adres siedziby:

4. Adres do korespondencji*

*Należy wypełnić jeżeli adres do korespondencji jest inny niż adres siedziby

5. Numer Identyfikacji Podatkowej – NIP

6. Numer REGON:

7. Status prawny i podstawa działania:

8. Dane osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy w sprawie:

9. Adres e-mail:

10. Numer Identyfikacji Funduszu (PFRON):

- zaległość zobowiązań wobec Funduszu:

11. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

II. Informacje dotyczące realizacji zadania

1. Miejsce realizacji zadania:

2. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

3. Cel dofinansowania:

4. Przewidywane efekty realizacji zadania, w tym liczba osób niepełnosprawnych korzystających z efektów dofinansowania:

--

5. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania zadania:

--

6. Informacje o innych potwierdzonych źródłach finansowania zadania:

--

7. Kwoty przyznanych wcześniej środków Funduszu z określeniem numeru zawartej umowy, celu, daty zawarcia umowy i stanu rozliczenia – w kolejnych 3 latach poprzedzających rok złożenia wniosku:

Numer umowy	Cel (nazwa zadania)	Data zawarcia umowy	Stan rozliczenia

8. Czy organizator dysponuje odpowiednimi do potrzeb osób niepełnosprawnych warunkami technicznymi i lokalowymi do realizacji zadania:

Tak

Nie

Uwagi:

9. Przewidywany koszt realizacji zadania:

10. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:

11. Kosztorys realizacji zadania:

LP.	Kategoria kosztów	Koszt jedn.	Jedn.	Suma jednostek	Koszty całkowite	W tym z dotacji z PFRON*	W tym z innego źródła finansowania	Źródło finansowania
RAZEM:								
Procentowy udział dofinansowania ze środków PFRON oraz środków własnych w całkowitym koszcie realizacji zadania					100%			

*Zgodnie z § 13 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (Dz. U. z 2015 r. poz. 926) **wysokość dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny wynosi do 80% kosztów tego sprzętu.**

12. Harmonogram realizacji zadania:

Poszczególne działania w zakresie realizowanego działania	Terminy realizacji poszczególnych działań

13. Przewidywana liczba osób w realizacji zadania:

- w tym osób niepełnosprawnych:

- w tym mieszkańców wsi:

- w tym dzieci i młodzież niepełnosprawna:

14. Procentowy udział osób niepełnosprawnych w realizacji zadania:

.....
pieczętka organizacji

.....
Imię i nazwisko, pełniona funkcja

.....
Imię i nazwisko, pełniona funkcja

III. Oświadczenia

1. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja posiada/ nie posiada* zobowiązań wobec Skarbu Państwa.
2. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja w okresie 3 lat od dnia złożenia wniosku była/nie była* stroną umowy z PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.
3. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja zapewni minimum 20% całkowitych kosztów realizacji zadania.
4. Otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)* pomocy de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe (w przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć zaświadczenie(a) o otrzymanej pomocy).

Lp.	Organ udzielający pomocy de minimis	Podstawa prawna otrzymanej pomocy i jej przeznaczenie	Dzień udzielenia pomocy (dzień-miesiąc-rok)	Wartość pomocy w euro	Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
Razem:					

.....
pieczęć organizacji

.....
Imię i nazwisko, pełniona funkcja

.....
Imię i nazwisko, pełniona funkcja

*Niewłaściwe przekreślić

Załączniki:

- 1) Kopia aktualnego wyciągu z Krajowego Rejestru Sądowego (ważność 3 miesiące do dnia złożenia wniosku) potwierdzona za zgodność z oryginałem.
- 2) Kopia statutu potwierdzona za zgodność z oryginałem.
- 3) Kopia pełnomocnictwa do zawierania umów w przypadku organizacji nie posiadającej osobowości prawnej.
- 4) Plan pracy na rok realizacji zadania.
- 5) Sprawozdanie finansowe i merytoryczne z roku ubiegłego (ostateczny termin dostarczenia koniec lutego roku realizacji zadania).
- 6) Jeżeli wnioskodawca jest przedsiębiorcą – do wniosku załącza się informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców.
- 7) Jeżeli wnioskodawcą jest pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej – potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu ZPCH oraz informację o wysokości i sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku.