**Data wpływu: Nr sprawy:**

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:** |  |

|  |
| --- |
| **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 imieniuWnioskodawcy. |
| **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:** | * publicznych
* 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?** | * Nie  Tak
 |
| **Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:** | * Nie  Tak
 |
| **Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:** |  |
| **Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:** | * Nie dotyczy  Nie  Tak
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawa prawna:** |  |
| **Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:** | * Nie  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)?:** | * Nie  Tak
 |
| **Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:** | * Nie  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:** |  |

 **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 dofinan- sowania** | **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** |
| **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. 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** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE** |
| **Lista** |
|  |

|  |
| --- |
| **PODPISANY WNIOSEK** |
| **Plik** |
|  |