

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W LUBACZOWIE

...../.....
(numer kolejny wniosku)

(pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek)

.....
(data wpływu wniosku do PCPR w Lubaczowie /dzień, miesiąc, rok)

WNIOSEK

**o dofinansowanie zapatrzania w sprzęt rehabilitacyjny
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych
i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej**

CZĘŚĆ A: DANE I INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

I.A. Nazwa i adres Wnioskodawcy

Pełna nazwa:.....				
Miejscowość	Kod pocztowy	Nr posesji	Ulica	Gmina
Powiat	Województwo	Nr tel.: kier.	Nr telefonu	Nr fax

II.A. Osoby uprawnione do reprezentowania Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

(pieczęćka imienna)	(pieczęćka imienna)
podpis.....	podpis.....

III.A. Informacje o stanie prawno – finansowym Wnioskodawcy

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy:	
lokalny <input type="checkbox"/>	ogólnopolski <input type="checkbox"/>
Status prawny	REGON
Nr rejestru sądowego	Data wpisu do rejestru sądowego
Organ założycielski	Nr identyfikacyjny NIP
Nazwa banku	Nr rachunku bankowego
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	

IV.A. Informacje o prowadzonej przez Wnioskodawcę działalności na rzecz osób niepełnosprawnych

Cel działania	
Teren działania <i>(nazwa powiatu, nazwa gminy, nazwa województwa)</i>	
Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych	
Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy	
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością	
Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych	

V.A. Informacje 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	społecznej	lecniczej
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)		
w tym: do lat 18: powyżej lat 18: razem:		

VI.A. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Podstawa prawna zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Kwota zaległości (na dzień złożenia wniosku)zł	

VII.A. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON (za okres ostatnich 3 lat)

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON:						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazw zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu celowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona	Źródła finansowania (PFRON, inne)		
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:				

* właściwe zaznaczyć

Załączniki (dokumenty) wymagane do Części A wniosku

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku
1.	Aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej	
2.	Statut	
3.	Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych dłużej niż dwa lata	
4.	Sposób reprezentacji (z mocy ustawy, wpis w rejestrze sądowym, pełnomocnictwo)	
5.	Udokumentowanie posiadania rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach	
6.	Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu Zakładu Pracy Chronionej – <i>dotyczy pracodawców prowadzących Zakład Pracy Chronionej</i>	
7.	Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku – <i>dotyczy pracodawców prowadzących Zakład Pracy Chronionej</i>	
8.	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 – <i>dotyczy przedsiębiorców i pracodawców prowadzących Zakład Pracy Chronionej</i>	
9.	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 związana jest pomoc de minimis	
10.	Inne dokumenty (wypełnia PCPR) a) b) c) d).....	

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części A wniosku

.....
(podpis pracownika PCPR)

Załączniki (dokumenty) wymagane do Części B wniosku

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku
1.	Wycena sprzętu	
2.	Udokumentowanie posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.	
3.	Inne dokumenty (wypełnia PCPR) a) b) c)	

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części B wniosku

.....
(podpis pracownika PCPR)

Oświadczenia:

Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.

Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot zobowiązuje się do pokrycia udziału własnego w kosztach realizacji zadania.

Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.

Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot jest*/nie jest* pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej.

Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot jest*/nie jest* przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 584, 699 i 875).

Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot jest*/nie jest* płatnikiem VAT w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. – o podatku od towarów i usług (t. j. Dz. U. z 2011 r. Nr 177, poz. 1054, z późn. zm.).

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie danych osobowych w bazie danych dla potrzeb realizacji przez PCPR w Lubaczowie zadań ustawowych, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.).

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z zasadami dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej.

Pouczony(-a) o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88 poz. 553, z późn. zm.), w związku z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (t. j. Dz. U. z 2013 r. poz. 267, z późn. zm.) oświadczam, że informacje zawarte w części A i B wniosku oraz w załącznikach do wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

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

UWAGA! Podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą skutkuje przekazaniem wniosku do archiwum bez rozpatrzenia.

.....
(miejsowość , data)

.....
(podpisy i pieczętki osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy /pieczętka Wnioskodawcy)

UWAGA!

*We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części A i B, 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, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.*

* *niepotrzebne skreślić*

Preliminarz sprzętu rehabilitacyjnego

Lp.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
Razem:				

.....
(podpis i pieczęć Wnioskodawcy)