**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:** |  |
| **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:** | [ ] 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**

|  |
| --- |
| **V. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON** |
| **Cel dofinansowania** | **Nr umowy** | **Data zawarcia**  | **Kwota dofinansowania** | **Stan rozliczenia** | **Kwota rozliczona** |

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?**

[ ] Nie

[ ]  Tak

|  |
| --- |
| **KOSZTY PRZEDSIĘWZIĘCIA** |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |

**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:** |  |
| **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* |
|  |  |  |