

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:       |                 |

☐ Adres do korespondencji 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 – podkreślić właściwe |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| Status prawny:                   |                                       |
| Nr rejestru sądowego (KRS):      |                                       |
| Data wpisu do rejestru sądowego: |                                       |
| Organ założycielski:             |                                       |

|                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>REGON:</b>                 |                               |
| <b>NIP:</b>                   |                               |
| <b>Podstawa działania:</b>    |                               |
| <b>Sektor finansów:</b>       | publicznych<br>niepublicznych |
| <b>Nazwa banku:</b>           |                               |
| <b>Nr rachunku bankowego:</b> |                               |

## II. INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola                                                                                                                                     | Do uzupełnienia – podkreślić właściwe |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Czy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych?</b>  | Nie   Tak                             |
| <b>Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:</b>                                                                                                   | Nie   Tak                             |
| <b>Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:</b>                                                                                               |                                       |
| <b>Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:</b>           | Nie dotyczy   Nie   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> | Nie   Tak                             |
| <b>Czy wnioskodawca otrzymał pomoc inną niż de minimis (w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do</b>                        | Nie   Tak                             |

|                                                                                                     |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis)?:</b> |            |
| <b>Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:</b>                                   | Nie    Tak |
| <b>Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:</b>                        | Nie    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>       |                 |
| <b>Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:</b> |                 |

### 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? Podkreślić właściwe

- ◆ Nie
- ◆ Tak

Jeśli zaznaczono „TAK” uzupełnić tabelę

|    |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

**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) |
|-----|-------|-------------|------------------|----------------|--------------------------------|
| 1.  |       |             |                  |                |                                |
| 2.  |       |             |                  |                |                                |
| 3.  |       |             |                  |                |                                |
| 4.  |       |             |                  |                |                                |
| 5.  |       |             |                  |                |                                |

**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:                          |                 |

|                                                                                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <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.

| <i>Miejscowość</i> | <i>Data</i> | <i>Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy</i> |
|--------------------|-------------|------------------------------------------------------------------|
|                    |             |                                                                  |

**Załącznik nr 1 do wniosku****o dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego dla instytucji**Wykaz dokumentów wymaganych do wniosku:

1. Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej dwóch lat przed złożeniem wniosku.
  2. Dokumenty informujące o innych źródłach finansowania zadania.
  3. Dokumenty poświadczające posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł (wraz z wysokością kwot) na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
  4. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania.
  5. Pełnomocnictwo - w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania wnioskodawcy.
  6. W przypadku, gdy podmiot prowadzi działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej dołączyć należy:
    - a) zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie,
    - b) 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 pomoc de minimis,
    - c) oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy;
- W przypadku Zakładów Pracy Chronionej dodatkowo:
- d) potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
  - e) informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku.
7. Kosztorys (faktura pro forma) wystawiony na wnioskodawcę zawierający informację o typie sprzętu i całkowitym koszcie jego zakupu.
  8. Szczegółowe uzasadnienie potrzeby zakupu wnioskowanego sprzętu – załącznik nr 4 wniosku.
  9. Oświadczenia do wniosku – załącznik nr 2 i 3 wniosku.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie zastrzega prawo wezwania wnioskodawcy do złożenia dokumentacji innej niż wymieniona niezbędnej do realizacji wniosku.

**Załącznik nr 2 do wniosku**  
**o dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego dla instytucji**

Oświadczenia do wniosku:

1. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą.

**O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję/my się informować w ciągu 14 dni.**

2. Oświadczam, że nie toczy się wobec mnie/wnioskodawcy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.

3. Oświadczam, że posiadam/wnioskodawca posiada własne środki finansowe, które wraz z dofinansowaniem umożliwią wykonanie zadania.

4. Oświadczam, że nie posiadam/wnioskodawca nie posiada zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

5. Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

6. Oświadczam, że\*:

☐ w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em/wnioskodawca nie był stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych rozwiązaną z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy,

☐ nie korzystałam/em/wnioskodawca nie korzystał z dofinansowania w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku.

\* - wstawić „X” we właściwej kratce

| <i>Miejscowość</i> | <i>Data</i> | <i>Pieczęć podmiotu oraz podpisy osób<br/>uprawnionych do reprezentowania<br/>Wnioskodawcy</i> |
|--------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    |             |                                                                                                |

**Załącznik nr 3 do wniosku  
o dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego dla instytucji**

**Oświadczenie dotyczące przetwarzania danych osobowych  
( dotyczy osoby/osób działającej/ych w imieniu Wnioskodawcy)**

Wyrażam/y zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych moich/naszych danych osobowych:

imienia i nazwiska, numeru pesel,

innych, tj. ....

w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON sprzętu rehabilitacyjnego złożonego przez  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
( data i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę )

Szczegółowe informacje dotyczące ochrony danych osobowych dostępne są na stronie internetowej PCPR  
( [www.pcpr.nowotarski.pl](http://www.pcpr.nowotarski.pl) - zakładka ochrona danych osobowych ) oraz w siedzibie jednostki .

**Załącznik nr 4 do wniosku**

[illegible]

|                    |             |                                                                                        |
|--------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Miejscowość</i> | <i>Data</i> | <i>Pieczęć podmiotu oraz podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy</i> |
|                    |             |                                                                                        |