



Numer sprawy

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE  
ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI  
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH  
ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY DLA INSTYTUCJI**  
(osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, prowadzące działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej dwóch lat przed dniem złożenia wniosku)

**1. Dane Wnioskodawcy**

PEŁNA NAZWA PODMIOTU		
NIP	REGON	STRONA WWW
ADRES SIEDZIBY		
Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Miejscowość .....		
Ulica ..... Nr lokalu .....		
Powiat .....		
ADRES DO KORESPONDENCJI (należy wpisać, gdy jest inny niż adres siedziby)		
KONTAKT		
Telefon:	Faks:	e-mail (o ile dotyczy):
STATUS PRAWNY	PODSTAWA DZIAŁANIA	
NUMER I DATA WPISU DO REJESTRU SĄDOWEGO lub do innego rejestru bądź ewidencji		
NAZWA BANKU	NUMER RACHUNKU BANKOWEGO	
WNIOSKODAWCA JEST:		
<input type="checkbox"/> Osobą prawną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> Jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> Zakładem Pracy Chronionej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> Podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2168)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> Płatnikiem VAT	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
ŹRÓDŁA FINANSOWANIA DZIAŁALNOŚCI		
.....		
.....		
.....		





## 6. Informacje o wcześniejszym korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca <b>korzystał ze środków PFRON</b> w ciągu ostatnich 3 lat przed dniem złożenia wniosku o dofinansowanie?					<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Lp.	Cel	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Stan rozliczenia

## 7. Koszty zaopatrzenia, wnioskowane dofinansowanie:

<b>OGÓLNY KOSZT REALIZACJI ZADANIA</b>		
<b>Wartość nakładów poniesionych na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem źródeł finansowania</b>		
<b>Deklarowane środki własne</b>		
<b>Inne źródła oraz kwoty finansowania ogółem – np. sponsorzy</b>		
<b>W tym:</b>		
<b>WNISKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON</b> (do 80% kosztów sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia)		

### Oświadczam/y, że:

- przed złożeniem wniosku zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych, a Administratorem danych osobowych jest Dyrektor reprezentujący Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wodzisławiu Śląskim,
- poinformowano mnie, iż szczegółowe zasady przetwarzania danych osobowych dostępne są w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wodzisławiu Śląskim oraz na stronie internetowej [www.pcpr-wodzislaw.pl](http://www.pcpr-wodzislaw.pl),
- w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie przez PCPR informacji o realizacji niniejszego wniosku:  **tak** –  **nie**,
- prawdziwość przedstawionych danych wykazanych w niniejszym wniosku stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1,2 Kodeksu Karnego,
- wnioskodawca prowadzi działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku:  **tak** –  **nie**,
- wnioskodawca zapewni/posiada odpowiednie dla potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe, kadre specjalistyczną a także uprawnienia i pozwolenia na prowadzenie działalności rehabilitacyjnej wymaganej przepisami szczególnymi :  **tak** –  **nie**,
- wnioskodawca posiada środki własne/środki pozyskane z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON:  **tak** –  **nie**,
- wnioskodawca nie ma zajęć komorniczych oraz nie zalega z płatnościami,
- Wnioskodawca nie posiada zaległości wobec Funduszu lub nie był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy:  **tak** –  **nie**,
- osoby objęte wnioskiem o dofinansowanie są mieszkańcami powiatu wodzisławskiego.

.....  
pieczętka podmiotu

.....  
pieczętka i podpis osoby/osób upoważnionej/yh do reprezentacji Wnioskodawcy

## Załączniki do wniosku

	TAK	NIE	NIE DOTYCZY
Harmonogram rzeczowo-finansowy przedsięwzięcia			
Statut lub inne dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych.			
Aktualny wypis z rejestru sądowego lub innego rejestru bądź ewidencji potwierdzający status prawny wnioskodawcy.			
Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach.			
Potwierdzenie posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem.			
Sposób reprezentacji – pełnomocnictwo			
Zaświadczenie 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>dot. podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2168) oraz pracodawcy prowadzącego ZPCh</b>			
Informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaka otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis. - <b>dot. podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2168) oraz pracodawcy prowadzącego ZPCh</b>			
Oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielenia pomocy. – <b>dot. podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2168)</b>			
Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej – <b>dot. pracodawcy prowadzącego ZPCh</b>			
Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku - <b>dot. pracodawcy prowadzącego ZPCh</b>			