

Nr kolejny wniosku
wypełnia PCPR

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

Nazwa i adres Wnioskodawcy
pełna nazwa z kodem pocztowym

.....
.....
.....

Nr tel. : kierunkowy tel. nr faksu

Osoby uprawnione do reprezentowania i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy :

1)

2)

.....
pieczętka imienna

.....
podpis

.....
pieczętka imienna

.....
podpis

Dane osoby upoważnionej do prowadzenia sprawy:
nazwisko i imię

.....
miejsce zatrudnienia

.....
nr telefonu

Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę :

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON	
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Kwota zaległości	

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 :	
<input type="checkbox"/> zawodowej <input type="checkbox"/> leczniczej <input type="checkbox"/> społecznej	
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)	
w tym :	do lat 18 : powyżej lat 18 : razem :

Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy :

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy :	
Status prawny	REGON
Nr rejestru sądowego	Data wpisu do rejestru sądowego
Organ założycielski	Nr identyfikacyjny NIP
Nazwa banku	Nr konta bankowego
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy :	
Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy. Cel działania, teren działania, liczba osób niepełnosprawnych	

objętych działalnością, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje.

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON :

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków Funduszu				Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota zł	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Uwagi :
w tym na rzecz :					
Syntetyczny opis efektów przyznanego i wykorzystanego dofinansowania					

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku :

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie <small>/Wypełnia pracownik PCPR/</small>	Data uzupełnienia <small>/Wypełnia pracownik PCPR/</small>
1. Aktualny wypis z rejestru sądowego <small>/ważny 3 miesiące/</small>			
2. Statut			
3. Sposób reprezentowania (pełnomocnictwo)			
4. Oświadczenie Wnioskodawcy, że nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu			
5. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach			

6. Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców			
7. ZPCh dodatkowo : potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej oraz informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów :

.....
Data i czytelny podpis pracownika PCPR

INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania / zakup sprzętu sportowego, rehabilitacyjnego/ :

<p>.....</p> <p>.....</p>												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia :</td> <td style="text-align: right;">..... zł</td> </tr> <tr> <td>- deklarowane <u>udokumentowane</u> własne środki ogółem :</td> <td style="text-align: right;">..... zł</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">z tego :</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">.....</td> <td style="text-align: right;">..... zł</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">.....</td> <td style="text-align: right;">..... zł</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">.....</td> <td style="text-align: right;">..... zł</td> </tr> </table> <p>Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu : zł</p> <p>kwota słownie :</p>	Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia : zł	- deklarowane <u>udokumentowane</u> własne środki ogółem : zł	z tego :	 zł zł zł
Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia : zł											
- deklarowane <u>udokumentowane</u> własne środki ogółem : zł											
z tego :												
..... zł											
..... zł											
..... zł											

Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie :

zakupu sprzętu sportowego <input type="checkbox"/> zakupu sprzętu rehabilitacyjnego <input type="checkbox"/>	zakupu
<p>Miejsce realizacji zadania :</p> <p>.....</p>	
Liczba uczestników ogółem : w tym osób niepełnosprawnych: do lat 18 powyżej lat 18 Razem osób niepełnosprawnych : co stanowi % ogólnej liczby uczestników	


Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku :


Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych :

Załączniki wymagane do wniosku :

1. Specyfikacja zamawianego sprzętu.
2. Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON.
3. Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania.
4. Wykaz niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności / o ile niemożliwe to jak w poz. „miejsce realizacji zadania”/.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „w załączeniu – załącznik nr”. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk.

 Oświadczam, że zatrudniam fachową kadre do obsługi zadania / zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania (niepotrzebne skreślić).

 Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie informuje, że w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek zostanie przekazany do archiwum bez rozpatrzenia.

.....
Data i podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

Ogólne warunki dofinansowania :

1. Brak zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
2. Wcześniej zawarta umowa z PFRON nie została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy.
3. Wniosek nie dotyczy dofinansowania kosztów poniesionych przed przyznaniem środków i zawarciem umowy.

Warunki dofinansowania :

- Prowadzenie statutowej działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku ;
- Udokumentowane zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania;
- Udokumentowane posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON

Wysokość dofinansowania - **do 60 % kosztów przedsięwzięcia,** nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Wnioski o dofinansowanie ze środków PFRON składa się w terminie do 30 listopada roku poprzedzającego realizację zadania.

Sprzęt rehabilitacyjny to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.