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

nr wniosku

data wpływu wniosku

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

pieczątka Wnioskodawcy

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji

Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjnych dla osób prawnych w roku....................

Podstawa prawna: art. 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. nr 127, poz. 721 z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926 tj.).

Część A: Dane i informacje o Wnioskodawcy

I.A. Nazwa i adres Wnioskodawcy

|  |
| --- |
| Pełna nazwa (siedziba i adres) |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Nr posesji | Ulica | Gmina |
|  |  |  |  |  |
| Powiat | Województwo | Nr telefonu | Nr fax | e-mail |

II.A. Osoby uprawnione do reprezentacji wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

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

 podpis i pieczątka podpis i pieczątka

**III.A Informacje o zatrudnieniu 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 | □ leczniczej |
| Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu) |
| w tym: do lat 18:  | powyżej lat 18:  | razem  |

**IV. A. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON**

|  |  |
| --- | --- |
| Czy wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON\* | Tak: □ Nie □  |
| W przypadku zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON podać podstawę prawną |  |
| Czy wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON\* | Tak: □ Nie □ |
| Kwota zaległości (na dzień złożenia wniosku) |  zł |

V. A. Informacje o stanie prawno-finansowym wnioskodawcy

|  |
| --- |
| Zakres terytorialny działania wnioskodawcy:\* lokalny ogólnopolski |
|  |  |
| Status prawny | REGON |
|  |  |
| Nr rejestru sądowego | Data wpisu do rejestru sądowego |
|  |  |
| Organ założycielski | Nr identyfikacji NIP |
|  |  |
| Nazwa banku | Nr rachunku bankowego |
| Czy wnioskodawca jest płatnikiem podatku VAT:\* tak: □ nie: □Źródła finansowania działalności wnioskodawcy:  |

VI.A. Informacje o prowadzonej przez wnioskodawcę działalności na rzecz osób niepełnosprawnych

|  |  |
| --- | --- |
| Cel działania, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje |  |
| Teren działania (nazwa powiatu, nazwa gminy, nazwa województwa) |  |
| Od kiedy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych |  |
| Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością |  |
| Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje |  |

VII. A. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

|  |
| --- |
| Czy wnioskodawca korzystał ze **ś**rodków PFRON (z ostatnich 3 lat): Tak/Nie |
| Cel(nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu celowego w ramach którego przyznanego została pomoc) | Nr i data zawarcia umowy | Kwota przyznana | Termin rozliczenia | Kwota rozliczona |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Razem : | **x** |  | **x** |  |

Załączniki (dokumenty) wymagane do Części A wniosku

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa załącznika | Załączono do wniosku (wypełnia urząd) | Data uzupełnienia |
| 1 | Aktualny odpis z Rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej (ważny 3 m-ce od daty wystawienia) |  |  |
| 2 | Aktualny Statut |  |  |
| 3 | Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych co najmniej 2 lata przed datą złożenia wniosku |  |  |
| 4 | Sposób reprezentacji (z mocy ustawy, wpis w rejestrze sądowym, pełnomocnictwo) |  |  |
| 5 | Udokumentowanie posiadania rachunku 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 - dotyczy przedsiębiorców i pracodawców prowadzących Zakład Pracy Chronionej |  |  |
| 7 | Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej - dotyczy pracodawców prowadzących Zakład Pracy Chronionej przedsiębiorców i pracodawców prowadzących Zakład Pracy Chronionej |  |  |
| 8 | Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku -dotyczy pracodawców prowadzących  |  |  |
| 9 | Inne dokumentya) b) c)  |  |  |

UWAGA

W przypadku, gdy Wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej konieczne jest dołączenie:

1. zaświadczenia 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,
2. informacji 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.

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części A wniosku

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

*Pieczątka i podpis pracownika urzędu, data*

Część B: Informacje o przedmiocie wniosku

1. B. Opis zadania: nazwa, cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania

|  |
| --- |
| …............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia: ….............................................................. zł  |
| 1. Deklarowane środki własne: …........................................................................................ zł |
| 2. Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje) z tego: ................................................................................................................................................ zł |
| a) ..................................................................................................................................................zł |
| b) ............................................................................................................................................ zł |
| 3. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: …. zł |
| Kwota słownie: …... |
| 4. Kwota nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację ww. zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania: .................................................................................. zł |
| a) ............................................................................................................................... | ................. zł |
| b) ............................................................................................................................... | ................. zł |
| c) ............................................................................................................................... | ................ zł |
| **Liczba osób niepełnosprawnych korzystających ze sprzętu :** ….................................. |
| W tym osoby niepełnosprawne: |  do lat 18: …......................... | powyżej lat 18: …......................... |
| W tym, osoby niepełnosprawne z powiatu koszalińskiego: ……………….………….. |

II. B. Miejsce realizacji zadania

………………………………………………………………………………………………….

III.B. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

…………………………………………………………………………………………………

IV. B. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

V. B. Pozafinansowy wkład własny w realizację zadania (np. praca wolontariuszy)

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………..

VI. B. Dodatkowe uwagi lub informacje

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Załączniki (dokumenty) wymagane do Części B wniosku:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa załącznika | Załączono do wniosku\* (wypełnia urząd) | Data uzupełnienia |
| 1 | Szczegółowy preliminarz sprzętu |  |  |
| 2 | Dokument potwierdzający posiadanie środków własnych w wysokości nieobjętej dofinansowaniem : oświadczenie w tej sprawie lub kserokopia wyciągu bankowego, potwierdzona za zgodność z oryginałem lub źródło pozyskanych środków innych niż PFRON |  |  |
| 3 | Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania |  |  |
| 4. | Oferta cenowa producenta lub dostawcy sprzętu |  |  |
| 5 | Inne dokumentya) b) c) d)  |  |  |

\* właściwe zaznaczyć

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części B wniosku

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

 pieczątka imienna, podpis pracownika urzędu, data

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

Oświadczam, że posiadam/zabezpieczę\* odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.

Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi dofinansowanego sprzętu /zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do realizacji zadania\*.

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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb realizacji przez Starostwo Powiatowe w Koszalinie zadań ustawowych, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

\* niepotrzebne skreślić

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składania fałszywych zeznać wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - kodeks karny ( Dz. U. nr 88 poz. 553 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 zobowiązuje się poinformować w ciągu 14 dni.

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

|  |
| --- |
| Osoby uprawnione do zaciągania zobowiązań i reprezentowania Wnioskodawcy |
| 1. Imię i nazwisko |  |
| - Stanowisko |  |
| 2. Imię i nazwisko |  |
| - Stanowisko |  |
| Data wypełnienia wniosku : |
| Podpisy i pieczęcie osób uprawnionych do zaciągania zobowiązań i reprezentowaniaWnioskodawcy |
| 1. | 2. |

UWAGA! We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części A oraz części 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.

(pieczęć wnioskodawcy)

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że ……………………………….

(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest ………………………………

(adres wnioskodawcy)

jest / nie jest\* pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej.

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

Jeżeli wnioskodawca jest ZPCH dołącza do wniosku:

1. potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
2. informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku,
3. informację o pomocy publicznej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

\* niepotrzebne skreślić

(pieczęć wnioskodawcy)

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że ………………………………

(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest ………………………………

(adres wnioskodawcy)

jest / nie jest\* przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 19 listopada 1999 r. - Prawo o działalności gospodarczej (Dz. U. nr 101, poz. 1178 z późn. zm.).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

Jeżeli wnioskodawca jest przedsiębiorcą należy dołączyć do wniosku informację o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami ustawy o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

\* niepotrzebne skreślić

(pieczęć wnioskodawcy)

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że .........................................

(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest ..........................................

(adres wnioskodawcy)

jest / nie jest\* płatnikiem VAT w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. - o podatku od towarów i usług (Dz. U. nr 54, poz. 535 z późn. zm.).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

\* niepotrzebne skreślić