Nr sprawy: RS-6111-..……./……

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

/pieczątka wnioskodawcy/

**WNIOSEK**

 **o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny dla instytucji**

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DANE WNIOSKODAWCY** |
| **Pełna nazwa Wnioskodawcy:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Strona internetowa:** |  |
|  | **ADRES SIEDZIBY** |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy, Poczta:** |  |
| **OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY** |
| **Imię i nazwisko** | **PESEL** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| **Status prawny:** |  |
| **Nr rejestru sądowego:** |  |
| **Data wpisu do rejestru sądowego:** |  |
| **Organ założycielski:** |  |
| **REGON:** |  |
| **NIP:** |  |
| **PKD (Polska Klasyfikacja Działalności):** |  |
| **Podstawa działania:** |  |
| **Sektor finansów:** | * publicznych
* niepublicznych
 |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |
| **INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY** |
| **Czy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych:** |  Nie Tak |
| **Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku 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 |
| **INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB** **NIEPEŁNOSPRAWNYCH** |
| **Od kiedy Wnioskodawca prowadzi** **działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:** |  |
| **Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje:** |  |
| **Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:** |  |
| **Opis prowadzonej działalności Wnioskodawcy na rzecz osób niepełnosprawnych:** |  |
| **KORZYSTANIE ŚRODKÓW PFRON**  |
| **Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?*** Nie
* Tak
 |
| **Cel dofinansowania**(nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)  | **Nr umowy** | **Data zawarcia** | **Kwota dofinansowania** | **Stan rozliczenia** | **Kwota rozliczona** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 **Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**

|  |
| --- |
| **Kosztorys rzeczowo-finansowy obejmujący rodzaje kosztów związanych z realizacją przedsięwzięcia** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Zakres rzeczowy wg kosztów | Ilość sztuk | Zakres finansowy |
| Cena jednostkowa | Całkowity koszt | Udział własny | Wnioskowana kwota (stanowiąca 80% ceny brutto) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Razem: |  |  |  |  |
| Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia: |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cel dofinansowania, opis planowanych działań przy** **realizacji zadania,** **proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:** |  |
| **Liczba uczestników ogółem** |  |
| W tym osoby niepełnosprawne do lat 18: |  |
| W tym osoby niepełnosprawne powyżej 18 lat: |  |
| **PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA** |
| **Określenie planowanych lokalizacji, w których będzie znajdował się sprzęt będący przedmiotem wniosku:** |  |
| **Termin rozpoczęcia:** |  |
| **Przewidywany czas realizacji zadania:** |  |
| **Termin zakończenia:** |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| **Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:** |  |
| **BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA** |
| **Przewidywany łączny koszt realizacji zadania:** |  |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:** |  |
| Słownie: |  |
| **Własne środki przeznaczone na realizację zadania:** |  |
| **Inne źródła finansowania ogółem** |
| z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON |
| **Publiczne:** |  |
| **Niepubliczne:** |  |
| **Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem źródeł finansowania** |  |

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 „Dołączono– załącznik nr .........do części…….” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

1. Oświadczam, że posiadam fachową kadrę zajmującą się Osobami Niepełnosprawnymi.
2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe do realizacji przedsięwzięcia.
3. Oświadczam, że posiadam rachunek bankowy bez obciążeń.
4. Oświadczam, że przy korzystaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będę stosował zasady postępowania określone w ustawie prawo zamówień publicznych (t. j. Dz.U. z 2024r., poz. 1320 z późn. zm).
5. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłem stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie - 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, (t. j. Dz.U. z 2015 r., poz. 926).
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w celu realizacji wniosku i przyznanie oraz rozliczenie dofinansowania na realizację zadania objętego wnioskiem zgodnie z art.6 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1.)
7. Oświadczam, że jestem /nie jestem\* zaliczony do sektora finansów publicznych
w rozumieniu przepisów art. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t. j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1530 z późn. zm.).
8. Oświadczam, że jestem świadomy/a/ odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnej z prawdą, wynikającej z Art. 233 1, 2 i 3 Kodeksu karnego (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 17 z późn. zm.).
9. Oświadczam, że jestem/ nie jestem\* przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców ( t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 236).
10. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
11. Oświadczam, że posiadam środki finansowe (inne niż PFRON) na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu.
12. **Oświadczam, że uczestnikami zadania są osoby posiadające orzeczenie: o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zamieszkałe na terenie powiatu krakowskiego**.
13. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach zadania oraz, że warunkiem zawarcia umowy jest spełnianie warunków dofinansowania określonych w przepisach prawa także w dniu podpisania umowy.
14. Prawdziwość danych podanych we wniosku o dofinansowanie stwierdzam własnoręcznym podpisem.

*\* niepotrzebne skreślić*

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

(*data i podpis osoby uprawnionej do* (*data i podpis osoby uprawnionej do*

 *reprezentacji Wnioskodawcy) reprezentacji Wnioskodawcy)*

|  |
| --- |
| **Wykaz załączników (dokumentów) wymaganych do części A i B wniosku - wypełnia pracownik PCPR:** |
| Nazwa załącznika | Załączono do wniosku tak/nie | Uzupełniono dnia |
| Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z centralnej ewidencji działalności gospodarczej /ważny 3 miesiące/ |  |  |
| Statut lub inny dokument potwierdzający prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat |  |  |
| Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo) – o ile dotyczy |  |  |
| Dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych oraz źródeł finansowania innych niż z PFRON |  |  |
| Oferta cenowa lub faktura proforma na zakup wnioskowanego sprzętu wystawiona przez dostawcę sprzętu na Wnioskodawcę |  |  |

**W przypadku gdy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą**

**lub pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej do wniosku ponadto należy załączyć:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |  |
| Informacja 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 |  |  |
| Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej – kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy |  |  |
| Informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku |  |  |

**UWAGA! Dokumenty złożone w kserokopii winny być potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez osobę uprawnioną**

 *…………………………………..…..*

*data i podpis pracownika PCPR*