

.....
/pieczęć 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 nrdo 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 z dnia 11 września 2019 r. prawo zamówień publicznych (t. j. Dz.U. z 2024 r., 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 2025 r., poz. 1483).
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 2025 r., poz. 383).
9. Oświadczam, że **jestem/ nie jestem*** przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 1480).
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
reprezentacji Wnioskodawcy)

.....
(data i podpis osoby uprawnionej do
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