



3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:

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

4. Informacja 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: .....

5. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy:	
.....	.....
Status prawny i podstawa <b>działania</b>	REGON



## 6. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie ze środków PFRON				Tak	Nie
Cel /nazwa zadania ustawowego oraz/ lub nazwa programu	Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Kwota przyznana	Stan rozliczenia*)	

\*) rozwiązanie umowy z przyczyn leżących po stronie podmiotu / w trakcie rozliczania / rozliczona / nie rozliczona,

## 7. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak / nie	Uzupełniono tak / nie	Data uzupełnienia
		<i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>	
1. Aktualny wypis z rejestry sądowego (ważny 3 miesiące)			
2. Statut			
3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)			
4. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach			
5. Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku			
6. Dokumenty potwierdzające zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania			

W przypadku podmiotów prowadzących działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej ( D. U. z 2007 r.; Nr 155, poz. 1095 i Nr 180 poz. 1280)

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
1. zaświadczenia o pomocy <i>de minimis</i> otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy <i>de minimis</i> w tym okresie			
2. informacje o każdej pomocy innej niż <i>de minimis</i> , jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc <i>de minimis</i>			
3. oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy,			

W przypadku pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
1. potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej			
2. informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku, c) informację, o której mowa w pkt 1.			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części A wniosku

(pieczęćka imienna, podpis Pracownika PCPR, data)
Podpis.....

**Część B: 1. Informacje o przedmiocie wniosku**

1. Przedmiot wniosku:

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

2. Przewidywany koszt realizacji zadania:

.....

- Deklarowane środki własne:

.....

- Inne źródła finansowania ogółem

.....

z tego:

a) .....

b) .....

Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania:

.....  
.....

3. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu: .....

słownie:.....

**2. Miejsce realizacji zadania (instalacji sprzętu)**

Pełna nazwa.....

.....

Adres:.....

.....

Tel/fax:.....

.....

**3. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:**

.....

/czas realizacji proszę określić w miesiącach/

#### 4. Szczegółowy preliminarz sprzętu

Lp.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem	Po weryfikacji /wypełnia PCPR
<b>RAZEM:</b>					

#### 5. Cel dofinansowania sprzętu:

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---

#### 6. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---



b) informacja o zatrudnieniu wykwalifikowanej kadry niezbędnej do właściwego wykorzystania sprzętu

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

**Załączniki wymagane do wniosku:**

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
1. Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON			
2. Minimum trzy oferty cenowe (zakup sprzętu powinien uwzględniać zasady określone w przepisach o zamówieniach publicznych)			
3. Inne dokumenty / wypełnia PCPR/ a). b).			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części B wniosku

(pieczęćka imienna, podpis pracownika PCPR, data)
Podpis.....

*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.*

1. Oświadczam, że zatrudnię fachową kadre do obsługi zadania, zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania.
2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
3. Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji przyznającej środki Funduszu na podstawie niniejszego wniosku.
4. Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot nie ma zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie był stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po jego stronie.

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

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych

.....  
(data i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji wnioskodawcy)