

Data wpływu do PCPR w Ostródzie (Wypełnia PCPR w Ostródzie)

(pieczętka Wnioskodawcy)

## **W N I O S E K**

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej, jeżeli prowadzą działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych.

\*\*\*\*\*

### **WNIOSEK PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

#### **część A: Informacje o Wnioskodawcy**

##### **Nazwa i adres Wnioskodawcy**

Pełna nazwa:					
	-				
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr	Powiat	Województwo
Nr tel. : kierunkowy:    tel. :			Nr fax:		

##### **Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągnięcia zobowiązań finansowych Wnioskodawcy**

.....  
(podpis i pieczętka imienna)

.....  
(podpis i pieczętka imienna)

##### **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		

**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 orzeczoną 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	Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:		

Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy: cel działania, teren działania, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje.

### Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON					Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło (PFRON; Samorząd Powiatowy)	

### 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 rejestru sądowego /ważny 3 miesiące/ lub innych dokument potwierdzający działalność.			
1. Statut lub regulamin organizacyjny			
3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo dla osób uprawnionych do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy)			
4. Udokumentowanie posiadania środków własnych na realizację zadania w wysokości nie objętej dofinansowaniem ze środków PFRON.			

5. W przypadku gdy wnioskodawca jest przedsiębiorcą, do wniosku dołącza się informację o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej.			
---	--	--	--

**Część B : Informacje o przedmiocie wniosku**

**Szczegółowy preliminarz sprzętu rehabilitacyjnego.**

LP.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON.

**Syntetyczny opis przewidywanych efektów realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych korzystających z niego.**

**Miejsce instalacji/ wykorzystania sprzętu rehabilitacyjnego.**

Pełna nazwa:					
	-				
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr	Powiat	Województwo

**4. Przewidywany termin zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.**

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

**Art. 297. (95)**

*§ 1. Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi - kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, elektronicznego instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*

*§ 2. Tej samej karze podlega, kto wbrew ciążącemu obowiązkowi, nie powiadamia właściwego podmiotu o powstaniu sytuacji mogącej mieć wpływ na wstrzymanie albo ograniczenie wysokości udzielonego wsparcia finansowego, określonego w § 1, lub zamówienia publicznego albo na możliwość dalszego korzystania z elektronicznego instrumentu płatniczego.*

*§ 3. Nie podlega karze, kto przed wszczęciem postępowania karnego dobrowolnie zapobiegł wykorzystaniu wsparcia finansowego lub instrumentu płatniczego, określonych w § 1, zrezygnował z dotacji lub zamówienia publicznego albo zaspokoił roszczenia pokrzywdzonego.*

*( Ustawa z dnia 06.06.1997 Kodeks Karny Dz.U.97.88.553 z dnia 02.08.1997r).*

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

*/pieczęć PCPR/*

## Opinia do wniosku nr .....

nazwa wnioskodawcy		
Przedmiot wniosku		
kwota wnioskowana		słownie:
nr decyzji		
opisowa część opinii ( w tym liczba przyznanych punktów i uzasadnienie punktacji)		
<i>Podpisy Komisji</i>		
kwota przyznana		słownie:

.....  
*/pieczęć i podpis pracownika PCPR/*

.....  
*/pieczęć i podpis Dyrektora PCPR/*