

Data wpływu:
Nr sprawy:

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|---------------------------|-----------------|
| Pełna nazwa Wnioskodawcy: | |
| Nr telefonu: | |
| Adres e-mail: | |
| Strona internetowa: | |

II. ADRES SIEDZIBY

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|---------------|-----------------|
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Gmina: | |
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |

Taki sam jak adres siedziby

III. ADRES DO KORESPONDENCJI

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|---------------|-----------------|
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Gmina: | |
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |

OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY

Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem funkcji jaką pełnią w organizacji, które zgodnie z postanowieniami statutu lub innego aktu wewnętrznego są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy.

| Imię i nazwisko | PESEL | Funkcja |
|-----------------|-------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Część B – INFORMACJE DODATKOWE

I. INFORMACJE DODATKOWE

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|----------------------------------|--|
| Status prawny: | |
| Nr rejestru sądowego (KRS): | |
| Data wpisu do rejestru sądowego: | |
| Organ założycielski: | |
| REGON: | |
| NIP: | |
| Podstawa działania: | |
| Sektor finansów: | <input type="checkbox"/> publicznych <input type="checkbox"/> niepublicznych |
| Nazwa banku: | |
| Nr rachunku bankowego: | |

II. INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|---|--|
| Czy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT: | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT: | |
| Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony: | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Podstawa prawna: | |
| Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?: | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

| | |
|---|---|
| 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)?: | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?: | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?: | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

III. INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|--|-----------------|
| Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych? Charakterystyka prowadzonej działalności na rzecz osób niepełnosprawnych: | |
| Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych: | |
| Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych: | |

IV. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON? Nie Tak

V. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia | Kwota rozliczona |
|--------------------|----------|---------------|----------------------|------------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot wniosku:

II. SZCZEGÓŁOWY PRELIMINARZ SPRZĘTU

| Lp. | Nazwa | Ilość sztuk | Cena jednostkowa | Wartość ogółem | Do weryfikacji (wypełnia PCPR) |
|-----|-------|-------------|------------------|----------------|--------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

III. MIEJSCE REALIZACJI

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|---|-----------------|
| Określenie planowanych lokalizacji, w których będzie znajdował się sprzęt będący przedmiotem wniosku: | |

IV. OPIS PRZEDSIĘWZIĘCIA

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|---|-----------------|
| Termin od: | |
| Termin do: | |
| Cel dofinansowania: | |
| Liczba uczestników ogółem: | |
| - w tym osoby niepełnosprawne do 18 lat: | |
| - w tym osoby niepełnosprawne powyżej 18 lat: | |
| Przewidywane efekty: | |

V. KOSZTY PRZEDSIĘWZIĘCIA

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|--|-----------------|
| Przewidywany łączny koszt realizacji zadania: | |
| Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: | |
| Własne środki przeznaczone na realizację zadania: | |
| Inne publiczne źródła finansowania ogółem - z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON: | |
| Inne niepubliczne źródła finansowania ogółem - z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON: | |

Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek:

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

Osoby uprawnione oświadczają, że Wnioskodawca:

1. W ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku nie był stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy;
2. Nie posiada zaległości wobec PFRON;
3. Posiada środki własne lub pozyskane z innych źródeł niż PFRON na sfinansowanie zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON;
4. Prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku;
5. Zapewni odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe do realizacji zadania będącego przedmiotem wniosku;
6. Zrealizuje zadanie z zastosowaniem minimalnych wymagań służących zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w zakresie określonym w umowie o dofinansowanie;
7. Zapewni odpowiednią kadrę do realizacji zadania;
8. Nie toczy się w stosunku do Wnioskodawcy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację;
9. Zrealizuje zadania dla osób niepełnosprawnych, tj. legitymujących się ważnym orzeczeniem o niepełnosprawności.

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany, że administratorem moich danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Lublinie z siedzibą przy ul. Marii Koryznowej 2d przysługują mi prawa do: dostępu do danych osobowych, uzyskania kopii danych, sprostowania danych oraz ograniczenia przetwarzania; klauzula informacyjna (zgodnie z obowiązkiem informacyjnym wynikającym z art. 13 RODO), jest dostępna w formie papierowej w siedzibie Działu ds. osób niepełnosprawnych MOPR przy ul. Zemborzyckiej 88-92 w Lublinie oraz na stronie internetowej www.mopr.lublin.eu w zakładce ochrona danych osobowych „klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Lublinie”.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania podanych przeze mnie danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Lublinie.

Upředzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 i 3 oraz art. 233 § 1 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku Wnioskodawca zobowiązuje się informować niezwłocznie, jednak nie później niż w ciągu 14 dni.

Załączniki wymagane do wniosku

| Nazwa załącznika | Załączono do wniosku TAK/NIE |
|--|---------------------------------|
| 1. Dokument stanowiący podstawę prawną funkcjonowania Wnioskodawcy – zaświadczenie o wpisie do ewidencji lub odpis aktualny z rejestru KRS | |
| 2. Statut | |
| 3. Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy | |
| 4. W przypadku, gdy Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej dołączyć należy: 1) zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie, 2) informacje 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 de minimis | |
| W przypadku Zakładów Pracy Chronionej dodatkowo: | |
| 5. Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej | |
| 6. Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku | |

Uwaga:

1. Wszystkie z załączonych dokumentów należy złożyć w formie kserokopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy.
2. Dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON

| Miejscowość | Data | Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy |
|-------------|------|---|
| | | |