

**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY RODZINIE W SZCZECINIE**

**WNIOSEK  
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

**Część A: Dane dotyczące Wnioskodawcy:**

**1. Nazwa podmiotu i adres siedziby, telefon/faks kontaktowy**

.....  
.....

**2. Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP):** .....

Czy wnioskodawca jest płatnikiem VAT? Tak  Nie

**3. Status prawny podmiotu i podstawa działania:**

.....  
(status prawny) REGON

.....  
(Nazwa i Nr właściwego rejestru)

.....  
(Data wpisu do właściwego rejestru)

.....  
(Organ założycielski)

.....  
(Podstawa prawna działania)

**4. Dane osoby / osób uprawnionych do reprezentowania i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy:**

**a)** .....  
(imię, nazwisko, zajmowane stanowisko lub pełniona funkcja) (pieczętka imienna i podpis)

upoważniony na podstawie: .....  
(wypis z rejestru Sądu lub inny dokument)

**b)** .....  
(imię, nazwisko, zajmowane stanowisko lub pełniona funkcja) (pieczętka imienna i podpis)

upoważniony na podstawie: .....  
(wypis z rejestru Sądu lub inny dokument)

**5. Dane osoby upoważnionej do prowadzenia sprawy:**

.....  
(imię, nazwisko, zajmowane stanowisko lub pełniona funkcja, tel. kontaktowy) (podpis, ew. pieczętka imienna)

**6. Czy Wnioskodawca jest jednostką sektora finansów publicznych?**

Tak  Nie

**7. Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:**

.....  
.....

**8. Nazwa posiadacza rachunku, bank, numer rachunku bankowego:**

.....

**9. Informacja dotycząca wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu:**

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	.....	

**10. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON: /ew. jako załącznik/**

Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Cel	Termin Rozliczenia	Stan rozliczenia
<b>RAZEM</b>		<b>Razem kwota rozliczona</b>		

**11. Informacja o pomocy de minimis oraz innej pomocy publicznej**

Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Cel	Termin Rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło;
<b>RAZEM</b>		<b>Razem kwota rozliczona</b>			

**12. Informacje o prowadzonej działalności rehabilitacyjnej na rzecz osób niepełnosprawnych;**  
Wnioskodawca prowadzi działalność rehabilitacyjną dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:

Rodzaj rehabilitacji	Liczba osób objętych rehabilitacją (przeciętnie w miesiącu)
Zawodowa	..... <b>osób</b>
Lecznicza	..... <b>osób</b>
Społeczna	..... <b>osób</b>

**Część B: Dane dotyczące przedmiotu wniosku****1. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania /w przypadku braku miejsca jako załącznik/:**

--

**2. Szczegółowy preliminarz sprzętu, /ew. jako załącznik, wymagane są oferty dostawców, min. 3 oferty)**

l.p.	Nazwa sprzętu	Ilość / j.m.	Cena jedn.	Wartość

**3. Przewidywany koszt całkowity:**

<b>Kwota</b> .....	<b>zł Słownie:</b> .....	<b>zł.</b>
--------------------	--------------------------	------------

**4. Wnioskowana kwota dofinansowania:**

<b>Kwota</b> .....	<b>zł Słownie:</b> .....	<b>zł.</b>
--------------------	--------------------------	------------

**5. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora**

**Kwota ..... zł Słownie: ..... zł.**

**6. Dotychczasowe źródła finansowania: .....**

(źródło / źródła finansowania / kwota w zł / kwota słownie)

**7. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesiona przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc w którym składany jest wniosek:**

**Kwota ..... zł Słownie..... zł.**

**8. Miejsce realizacji zadania /gdzie zostanie zainstalowany sprzęt/:**

pełna nazwa:.....

adres: .....

ulica

Nr domu

kod

miejsowość

**9. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych wskazujących na możliwość wykonania zadania:**

(informacja o zabezpieczeniu pomieszczeń niezbędnych do zainstalowania wnioskowanego sprzętu)

**10. Przewidywane efekty; liczba osób niepełnosprawnych korzystających z efektów zadania, w tym osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności\***

Przewidywane efekty / proszę wypełnić/: .....

Nieograniczona liczba osób niepełnosprawnych – rehabilitacja o charakterze ciągłym z sukcesywną wymianą składu osobowego uczestników ( świadczenia zdrowotne , terapia , szkolenia , kursy) w systemie turnusowym

Ograniczona liczba osób niepełnosprawnych ( rehabilitacja o charakterze ciągłym ze stałym składem osobowym uczestników): podać liczbę osób .....

- wstaw X we właściwym miejscu

**11. Przewidywany termin rozpoczęcia i czas realizacji zadania .....**

**12. Inne informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku .....**

**13. Uzasadnienie konieczności zakupu sprzętu .....**

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

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie (wypełnia pracownik MOPR)	Data uzupełnienia
a. Udokumentowanie prowadzenia działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych. przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku; (cel działania, teren działalności, liczba osób objętych dział. rehab., liczba zatrudn. kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje, znaczenie tej dział. dla osób niepeł.). ;			
b. aktualny wypis z właściwego rejestru			
c. wpis do ewidencji działalności gospodarczej; o ile jest prowadzona			
d. pełnomocnictwo do reprezentowania Wnioskodawcy;			
e. udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach;			
f. oferty dostawców / sprzedawców dot. wniosk. sprzętu;			
g. udokumentowanie posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nie objętej dofinansowaniem ze środków Funduszu;			
h. oświadczenie o nie posiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu oraz, że żadna z wcześniej zawartych umów nie została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy;			
i. udokumentowane inf. dot. zatrudniania fachowej kadry posiadającej kwalifikacje niezbędne do realizacji zadania;			
<p>j. gdy wnioskodawca jest <b>podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą</b>, w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2007r. Nr 155, poz. 1095 i Nr 180, poz. 1280) dołącza:</p> <p>a) zaświadczenie o pomocy <i>de minimis</i> otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe, albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy <i>de minimis</i> w tym okresie;</p> <p>b) informację 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>,</p> <p>c) oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy;</p>			
<p>k. gdy wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym <b>zakład pracy chronionej</b> do wniosku dołącza:</p> <p>a) potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,</p> <p>b) informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku,</p> <p>c) informacje, o której mowa w punkcie „j”</p>			

**Każdy z załączników oznaczyć literą, zgodnie z tabelą określoną w pkt. 14.**

*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.*

**15. Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:**

- A. o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny i mogą ubiegać się osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, osoby prawne i jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej,
- B. dofinansowanie ze środków Funduszu nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu;
- C. dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy;
- D. w terminie 10 dni od dnia złożenia wniosku zostaną Państwo poinformowani o występujących we wniosku uchybieniach, które powinny zostać usunięte w terminie 30 dni. Nie usunięcie ich we wskazanym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
- E. podstawę dofinansowania ze środków Funduszu stanowi umowa zawarta pomiędzy starostą (prezydentem miasta na prawach powiatu) a wnioskodawcą.
- F. Podstawą zakwalifikowania pomocy jako pomocy *de minimis* jest zaświadczenie wydane przez starostę (prezydenta miasta na prawach powiatu) na podstawie odrębnych przepisów;
- G. w przypadku wnioskodawców prowadzących działalność gospodarczą lub prowadzących zakład pracy chronionej dofinansowanie jest udzielane jako pomoc *de minimis* zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu Komisji (WE) nr 1998/2006 z dnia 15 grudnia 2006 roku w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu do pomocy *de minimis* (Dz.Urz. UE L 379 z 28.12.2006, str.5);
- H. pomoc, o której mowa w punkcie „G”, nie może być udzielona, jeżeli podmiot otrzymał pomoc inną niż *de minimis* w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą lub tego samego projektu inwestycyjnego, a łączna kwota pomocy spowodowałaby przekroczenie dopuszczalnej intensywności pomocy.

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

.....  
miejsce i data

.....  
czytelny podpis / podpisy osób uprawnionych  
do reprezentowania Wnioskodawcy