**Data wpływu:**

**Nr sprawy:**

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

## Część A – DANE WNIOSKODAWCY

### I. DANE WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Pełna nazwa Wnioskodawcy:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Strona internetowa:** |  |

### II. ADRES SIEDZIBY

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

 **Taki sam jak adres siedziby**

### III. ADRES DO KORESPONDENCJI

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

### IV. OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Pesel:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres email:** |  |

### 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 | Funkcja |
|  |  |

## Część B – INFORMACJE DODATKOWE

### I. INFORMACJE DODATKOWE

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Status prawny:** |  |
| **Nr rejestru sądowego (KRS):** |  |
| **Data wpisu do rejestru sądowego:** |  |
| **Organ założycielski:** |  |
| **REGON:** |  |
| **NIP:** |  |
| **Podstawa działania:** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |

### II. INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Czy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych?** | NIETAK |
| **Czy Wnioskodawca jest płatnikiem 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 EDOTYCZY NIE TAK |
| **Podstawa prawna:** |  |
| **Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:** | NIETAK |
| **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)?:** | NIETAK |
| **Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:** | NIE TAK  |
| **Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:** | NIE TAK  |
|  |  |
|  |  |

### III. INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność 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 | Wartość |
| **Określenie planowanych lokalizacji, w których będzie znajdował się sprzęt będący przedmiotem wniosku:** |  |

### IV. OPIS PRZEDSIĘWZIĘCIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **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 | Wartość |
| **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

1. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania.

2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.

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

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |

### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |

### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

|  |
| --- |
| **Lista** |
|  |

### PODPISANY WNIOSEK

|  |
| --- |
| **Plik** |
|  |

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Administratorem Państwa danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
w Gdańsku z siedzibą przy ul. K. Leczkowa 1 A, 80-432 Gdańsk. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania Państwa danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (RODO) znajdują się na stronie internetowej www.mopr.gda.pl w zakładce „ochrona danych osobowych” oraz w siedzibie Wydziału Rehabilitacji Społecznej MOPR przy ul. Leczkowa 1 a. Klauzula informacyjna RODO dostępna jest również w Systemie Obsługi Wsparcia (SOW) w zakładce "Wzory załączników" pod nazwą "Klauzula informacyjna – Osoby z niepełnosprawnością".