

**S R**

Dz.gosp., os.praw., jedn.org.

Numer  
wniosku**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE**

☒ ul. Sienkiewicza 16, 42-600 Tarnowskie Góry

☎/fax: 381-81-01, ☎ 381-81-08

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON  
ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY****CZĘŚĆ A: Dane i informacje o wnioskodawcy**

## 1. Nazwa i adres siedziby wnioskodawcy:

Pełna nazwa .....
dokładny adres: .....
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer)
Tel.: ..... Fax: .....

## 2. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych wnioskodawcy:

Pieczętka imienna i podpis	Pieczętka imienna i podpis

## 3. Informacje o stanie prawno - finansowym wnioskodawcy:

Status Prawny	Regon
Nr rejestru sądowego	Data wpisu do rej. sądowego
Organ założycielski	Nr NIP
Nazwa Banku	Nr konta
Wpis do rejestru zakł. opieki zdrow.	Data wpisu do rej. zoz
Czy jest płatnikiem VAT	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

## 4. Informacja o zatrudnieniu:

Ilość zatrudnionych ogółem	..... etatów
W tym osób niepełnosprawnych	..... etatów
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych	..... %

## 5. Informacje o realizacji zobowiązań wnioskodawcy wobec PFRON:

Czy wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości		

6. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON i stan rozliczenia:

Numer i data umowy	Kwota przyznana	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
RAZEM		Kwota rozliczona - RAZEM		

7. Informacje o działalności rehabilitacyjnej na rzecz osób niepełnosprawnych:

Opisać rodzaj prowadzonej działalności:

.....  
data

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

**CZĘŚĆ B: Informacja o sprzęcie rehabilitacyjnym**

1. Nazwa i miejsce zainstalowania sprzętu:

Pełna nazwa .....
dokładny adres: .....
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer)

2. Koszt sprzętu:

Koszt ogólny .....
Deklarowane środki własne: .....
(co najmniej ..... %)
Inne źródła finansowania ogółem .....
Wnioskowana kwota dofinansowania: .....
Co stanowi ..... % kosztów ogólnych

3. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych i kadrowych:

Informacje dot. pomieszczeń gdzie będzie instalowany sprzęt
-------------------------------------------------------------

Informacja o kadrze niezbędnej do obsługi sprzętu (m.in. kwalifikacje)
------------------------------------------------------------------------

4. Planowany czas realizacji zadania:

5. Uzasadnienie konieczności zakupu sprzętu:

6. Liczba osób niepełnosprawnych, która będzie korzystać z zakupionego sprzętu:

7. Przewidywane efekty:

.....  
data

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

Załączniki wymagane do wniosku:

NAZWA ZAŁĄCZNIKA		Załączono do wniosku		
		Wypełnia Wnioskodawca	Wypełnia PCPR	
			TAK	NIE
1	Aktualny wypis z rejestru sądowego lub inny dokument potwierdzający status prawny wnioskodawcy			
2	Dokument określający podstawę działania wnioskodawcy			
3	Zaświadczenie bankowe o posiadaniu konta wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach			
4	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			
5	Udokumentowana informacja o korzystaniu ze środków PFRON			
6	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania			
7	Podstawa prawna zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON			
8	W przypadku pracodawcy, prowadzącego ZPCh informacja: - o rodzaju i wielkości pomocy publicznej udzielonej wnioskodawcy w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku - decyzja przyznająca status ZPCh, - o wysokości i sposobie wykorzystania zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku			
9	W przypadku przedsiębiorcy – informacja o rodzaju i wielkości pomocy publicznej udzielonej wnioskodawcy w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku			
10	Kosztorysy, oferty producentów lub dostawców			
11	Szczegółowy preliminarz kosztów zadania			

UWAGI:

.....  
data i podpis pracownika PCPR