

b) zatrudnienie wykwalifikowanej kadry niezbędnej do właściwego wykorzystania sprzętu:

6. Kosztorys przedsięwzięcia:

Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia: _____

Własne środki przeznaczone na realizację zadania: _____

Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje): _____

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu: _____ zł

słownie złotych: _____

7. Termin rozpoczęcia i planowany czas realizacji zadania (czas realizacji określić w miesiącach): _____

8. 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: _____

9. Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku: _____

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art.233 k.k.) oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

Art. 233 § 1. Kto składając zeznanie mające służyć jako za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmując zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.

Łódź, dnia _____

(podpis i pieczęć Wnioskodawcy)



MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W ŁODZI

Zespół ds. Rehabilitacji Społecznej
Osób Niepełnosprawnych
90-012 Łódź, ul. Kilińskiego 102/102A
NIP 725-10-23-290
tel. 42 637 72 45; fax 42 632 41 30

pieczęć Wnioskodawcy

Wniosek przyjęto dnia: _____

Nr rejestru _____

WNIOSEK

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

(wypełniają osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, osoby prawne, jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej)

Część A: Informacje o Wnioskodawcy:

1. Informacje ogólne:

Nazwa podmiotu: _____

Adres siedziby: _____

Telefon (fax.): _____ Forma prawna działalności: _____

REGON: _____ NIP: _____

Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT: TAK NIE

Nazwa Banku i nr konta bankowego: _____

Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy: _____

Informacja o osobach uprawnionych do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy (przygotować informację o każdej osobie uprawnionej wg schematu):

Nazwisko i imię: _____

Stanowisko: _____

Dowód osobisty: seria _____ nr _____ wydany przez _____

_____ nr PESEL _____

Miejsce zamieszkania: _____

Nazwisko i imię: _____

Stanowisko: _____

Dowód osobisty: seria _____ nr _____ wydany przez _____

_____ nr PESEL _____

Miejsce zamieszkania: _____

2. Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy (cel działania, teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością z uwzględnieniem dzieci i młodzieży, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych, inne informacje):

3. Informacje o działalności rehabilitacyjnej na rzecz osób niepełnosprawnych:

Wnioskodawca prowadzi działalność rehabilitacyjną dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:		
<input type="checkbox"/> leczniczej	<input type="checkbox"/> społecznej	<input type="checkbox"/> zawodowej
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu) razem: -----		
z tego:		
do lat 18: -----		powyżej lat 18: -----

4. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:

Zatrudnienie ogółem, w tym osób niepełnosprawnych

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON	-----
Czy wnioskodawca zalega z wpłatami na PFRON	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Kwota zaległości w zł	-----

5. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON:

Nr i data zawarcia umowy, z kim została zawarta	Kwota przyznana	Cel	Stan rozliczenia
RAZEM			

Część B: Informacje o przedmiocie wniosku

1. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:

2. Wnioskowane dofinansowanie:

Lp.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa (z/bez VAT)	Wartość ogółem (z/bez VAT)	Do weryfikacji (wypełnia MOPS)
RAZEM					

3. Miejsce realizacji zadania (instalacji sprzętu): -----

4. Przewidywane efekty; liczba osób niepełnosprawnych, z uwzględnieniem dzieci i młodzieży korzystających z efektów zadania (przeciętnie w miesiącu), w tym ze znacznym stopniem niepełnosprawności:

5. Informacje o posiadanych zasobach rzeczowych i kadrowych wskazujących na możliwość wykonania zadania:

a) zabezpieczenie pomieszczeń, w których zainstalowany zostanie wnioskowany sprzęt:

Wykaz załączników do wniosku (oryginały do wglądu):

1. Dokument poświadczający prawną formę Wnioskodawcy (status i podstawa działania).
2. Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (w tym dzieci i młodzieży) przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.
3. Udokumentowanie źródeł finansowania innych niż PFRON.
4. Szczegółowy wykaz wydatków związanych z realizacją zadania.
5. Udokumentowanie zatrudnienia fachowej kadry do obsługi lub zobowiązanie do jej zatrudnienia.
6. Deklaracje wpłat na PFRON za okres 3 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku.
7. Oświadczenie o pomocy publicznej udzielonej w okresie 3 kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku – dot. przedsiębiorców.
8. Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres 3 miesięcy przed datą złożenia wniosku – dot. zpch.
9. NIP, REGON
10. Inne

Uwaga:

W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca na określone informacje – proszę przekazać je w załączniku dołączonym do wniosku.