

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY RODZINIE W SŁUPSKU

76-200 Słupsk, ul. Słoneczna 15 d

tel: 0-59/ 841-49-81

Pieczęć wnioskodawcy

Wniosek złożono w dniu:

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

Część A : Informacje o Wnioskodawcy

1.Nazwa Wnioskodawcy :

.....

.....

Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr
Nr tel. : fax. :e-mail.....@.....			

2.Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy

<i>pieczęćka imienna i podpis</i>

<i>pieczęćka imienna i podpis</i>

3.Dane osoby uprawnionej do prowadzenia sprawy :

--

4. Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji

<input type="checkbox"/> zawodowej	<input type="checkbox"/> leczniczej	<input type="checkbox"/> społecznej
------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

5.Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy :

Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy
Status prawny.....	REGON.....
Nr rejestru sądowego lub ewidencji działalności	Data wpisu do rejestru sądowego lub do ewidencji

..... Organ założycielski		Nr identyfikacyjny NIP	
Nazwa banku.....		Nr konta bankowego.....	
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT		tak : <input type="checkbox"/>	nie : <input type="checkbox"/>
Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:		
Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy : cel działania, liczba osób niepełnospr. objętych działalnością, kadra specjalistyczna znaczenie tej działalności dla osób niepełnospr. i inne informacje			

6. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON		Tak : <input type="checkbox"/>	Nie : <input type="checkbox"/>	
Nr i data zawarcia umowy z PFRON	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
W tym na rzecz :				

Syntetyczny opis efektów przyznanego i wykorzystanego dofinansowania
--	----------------

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak / nie	Uzupełniono tak / nie *	Data Uzupełnienia*
1. Aktualny wpis z rejestru sądowego / ważny 3 miesiące /			
2. Statut			
3. Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2- lat przed dniem złożenia wniosku			
3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)			
4. Udokumentowanie posiadanie konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach			
5. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca mies. poprzedzającego mies. w którym składany jest wniosek w raz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania			

W przypadku Zakładów Pracy Chronionej dodatkowo załączniki

1. Decyzja o nadaniu statusu ZPCH

Załączono do wniosku tak /nie	Uzupełniono tak / nie*	Data uzupełnienia*

2. informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres 3 miesięcy przed datą złożenia wniosku

Załączono do wniosku tak /nie	Uzupełniono tak / nie*	Data uzupełnienia*

3. informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie 3 kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorstw

Załączono do wniosku tak /nie	Uzupełniono tak / nie*	Data uzupełnienia*

W przypadku przedsiębiorcy dodatkowo załączniki

1. informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców

Załączono do wniosku tak /nie	Uzupełniono tak / nie*	Data uzupełnienia*
---	---------------------------	-----------------------

* wypełnia pracownik MOPR

Potwierdzam kompletność złożonych
dokumentów wymienionych w części A wniosku

(pieczętka imienna, podpis pracownika MOPR, data)

Część B : Informacje o przedmiocie wniosku

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania

.....					
Szczegółowy preliminarz sprzętu					
Lp.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem	Do weryfikacji wypełnia MOPR
RAZEM:					

Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia :	zł
1. Deklarowane środki własne :	zł
2. Inne źródła finansowania ogółem :	zł. z tego :
a)	zł
b)	zł
c)	zł
3. Wnioskowana kwota dofinansowania :	zł

Miejsce realizacji zadania (instalacji sprzętu) :

Pełna nazwa :		
miejsowość	kod pocztowy	ulica

Liczba osób niepełnosprawnych korzystających z efektów zadania:		
w tym osób niepełnosprawnych :	do lat 18 :	powyżej lat 18 :
Razem osób niepełnosprawnych :		

Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Przewidywane efekty :

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Załączniki wymagane do wniosku / wypełnia MOPR / :

1. Udokumentowanie posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu (Umowy, oświadczenia itp.)

Załączono do wniosku tak / nie	Uzupełniono tak / nie	Data Uzupełnienia
-----------------------------------	--------------------------	----------------------

2. Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania

Załączono do wniosku tak / nie	Uzupełniono tak / nie	Data Uzupełnienia
-----------------------------------	--------------------------	----------------------

3. Inne załączniki.....

.....
.....
.....
.....

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części B wniosku

(pieczęć imienna, podpis pracownika MOPR, data)

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części A oraz odpowiedniej części B ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”. 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.

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.

Oświadczam, że zatrudniam (lub zatrudnię) fachową kadre do obsługi sprzętu rehabilitacyjnego.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych / Dz. U. z 2002 r. nr 101 poz. 926 ze zm./

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, poinformuję Ośrodek na piśmie.

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku informuje, że w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wnioski nie będące podlegały rozpatrzenia.

.....
/ data i podpis osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/