Nr wniosku: .....

Końskie, dn. ……

Wniosek
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zakupu sprzętu rehabilitacyjnego dla osoby niepełnosprawnej
(dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej)

I. Informacja o Wnioskodawcy:*

1. Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą/osoba prawna/jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej:

Pełna nazwa Wnioskodawcy ……..…….

……..……..

Adres Wnioskodawcy (kod, miejscowość, ulica, nr domu/lokalu) ……..……..…

……...

powiat …….…… województwo …….

Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy

....
(pieczątka imienna i podpis) (pieczątka imienna i podpis)

Zakres terytorialna działania Wnioskodawcy ...……...

……...

Status prawny ...…….……...

Podstawa prawna działalności ...…….....

Nr rejestru sądowego ...…….....

Data wpisu do rejestru sądowego ...……..……...

Dane osób upoważnionych do reprezentowania Wnioskodawcy w sprawie .....

.....

Nr rachunku bankowego .....

Numer NIP ..... Numer REGON:.....

Cel działania .....

Teren działania .....

Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością .....

Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje .....

II. Informacja o przedmiocie wniosku:

1. Nazwa i rodzaj sprzętu ……..……..……...
   ……
   ……..
2. Przeznaczenie sprzętu rehabilitacyjnego, na jaki Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie: ……...…….
   ..……
   ..……
   ..……
   ..……
3. Przewidywany koszt zakupu sprzętu, wraz z jego instalacją …….…… zł (słownie: ……..……...….).
4. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ……..……...…… zł (słownie: …….……...…).
5. Miejsce docelowe sprzętu rehabilitacyjnego objętego wnioskiem ……
   ……..
   ……..……
   ……..……
6. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania ……..……..……
   ……..……
   ……..…
7. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania ……...
   ……..……
   ……..……
   ……..……
   ……..……
   ……..……
   ……
   ……
   ……..……
   ……..……
8. Informacja o innych źródłach finansowania zadania ……
   ……..……
   ……..

……..……
……..……
……..……
…….
…….

9. Zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia (wraz z montażem), pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.

III. Informacje uzupełniające:

1. Czy w okresie ostatnich 3 lat Wnioskodawcy zostały przyznane środki Funduszu? (tak/nie*). Jeśli tak proszę wskazać:

Numer umowy	Kwota dofinansowania	Cel na jaki przyznano dofinansowanie	Data umowy (przynajmniej rok)	Stan rozliczenia

2. Czy Wnioskodawca ma zaległości w terminowym regulowaniu wymaganych zobowiązań wobec PFRON? (tak/nie*). Jeżeli tak, to proszę podać z jakiego tytułu
……..……
……..……
…….
..……...……

3. Czy wcześniej zawarta przez Wnioskodawcę umowa ze środków PFRON nie została zerwana z winy Wnioskodawcy? (tak/nie*). Jeżeli tak, proszę podać numer umowy, kwotę przyznanego dofinansowania, cel i datę przyznania, oraz stan rozliczenia
……..……
……..……
……..……
……..……
..……...……

* właściwe zaznaczyć

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby wewnętrzne Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Końskich.

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 30 dni.

.....	.....	.....
Data	Miejscowość	Podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego/ pełnomocnika

Załączniki do wniosku:

1. Oferty cenowe sprzętu (przynajmniej dwie).
2. Zaświadczenie z banku o posiadaniu konta i informacja o ewentualnym obciążeniu.
3. Dokumentacja potwierdzająca informację o innych źródłach finansowania zadania.
4. Aktualny wypis z rejestru sądowego.
5. Statut.
6. Pełnomocnictwo upoważniające do reprezentowania wnioskodawcy w sprawie.
7. Dokument potwierdzający posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu.

ADNOTACJE PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK

Potwierdzam dołączenie wymaganego kompletu dokumentów:

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak / nie*	Uzupełniono tak / nie*	Data uzupełnienia
1.	Oferty cenowe sprzętu (przynajmniej dwie)			
2.	Zaświadczenie z banku o posiadaniu konta i informacja o ewentualnym obciążeniu			
3.	Dokumentacja potwierdzająca informację o innych źródłach finansowania zadania			
4.	Aktualny wypis z rejestru sądowego			
5.	Statut			
6.	Pełnomocnictwo upoważniające do reprezentowania wnioskodawcy w sprawie			
7.	Dokument potwierdzający posiadanie środków własnych lub pozyskanych			

	z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu			

* wpisać właściwe

.....	.....	.....
Data	Imię i nazwisko przyjmującego wniosek	Podpis

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....	.....
Data	Podpis i pieczątka pracownika dokonującego oceny

DECYZJA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie podejmuje decyzję pozytywną/negatywną* i przyznaje/nie przyznaje* środki PFRON w kwocie.....……zł., słownie ..... ……..... na dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.....

.....

.....

.....	.....	.....
data (dzień, miesiąc, rok)	pieczęć PCPR	pieczęć i podpis Dyrektora PCPR

* niepotrzebne skreślić

Końskie, dn. ……

Wniosek
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zakupu sprzętu rehabilitacyjnego dla osoby niepełnosprawnej
(dla osób fizycznych)

IV. Informacja o Wnioskodawcy:

2. Osoba niepełnosprawna:

Imię i nazwisko ……

Zamieszkała/y (kod, miejscowość, ulica, nr domu/lokalu) ……..……

……..

powiat …… województwo …….

Numer NIP …… Numer PESEL …….

Numer telefonu ……..……..

Nr rachunku bankowego .....

Rodzaj i stopień niepełnosprawności ……..…….

3. Przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny (w przypadku małoletniego Wnioskodawcy)/pełnomocnik:

Imię i nazwisko ……

Zamieszkała/y (kod, miejscowość, ulica, nr domu/lokalu) ……..……

……..

powiat …… województwo …….

Numer NIP …… Numer PESEL …….

Numer telefonu ……..……..

Nr rachunku bankowego

.....

4. Ustanowiony opiekun prawny/pełnomocnik:

Imię i nazwisko ……

Zamieszkała/y (kod, miejscowość, ulica, nr domu/lokalu) ……..……

……..

powiat …… województwo …….

Ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego w ……..…
z dn. …….....……. Sygn. Akt …….....
na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza …….....
z dn. ……. Repet. nr ……...….

II. Informacja o przedmiocie wniosku:

5. Nazwa i rodzaj sprzętu ……..……..……..……
   ……
   ……..
6. Przeznaczenie sprzętu rehabilitacyjnego, na jaki Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie: ……...…….
   ..……
   ..……
   ..……
   ..……
7. Przewidywany koszt zakupu sprzętu, wraz z jego instalacją ……....…… zł (słownie: …….……...……).
8. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ……..……..……..… zł (słownie: …….…….....).
5. Miejsce docelowe sprzętu rehabilitacyjnego objętego wnioskiem ……
   ..……
   …….……
6. Czy Wnioskodawca ma dostęp do korzystania z wnioskowanego sprzętu poza domem, tj.: w placówkach, ośrodkach rehabilitacyjnych na terenie miasta, powiatu: **tak/nie.*** Jeżeli tak, proszę podać gdzie i w jakiej odległości od miejsca zamieszkania, a jeżeli ni,e proszę podać dlaczego: …….…….....……..….……
   ..……
   ……..……...……
   …….……
7. Zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia (wraz z montażem), pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.

- właściwe zaznaczyć

6. Informacje uzupełniające:

2. Czy w okresie ostatnich 3 lat Wnioskodawcy zostały przyznane środki Funduszu? (tak/nie*). Jeśli tak proszę wskazać:

Numer umowy	Kwota dofinansowania	Cel na jaki przyznano dofinansowanie	Data umowy (przynajmniej rok)	Stan rozliczenia

4. Czy z Wnioskodawcą we wspólnym gospodarstwie domowym zamieszkuje inna osoba niepełnosprawna? (tak/nie*) ……..……
5. Czy Wnioskodawca ma zaległości w terminowym regulowaniu wymaganych zobowiązań wobec PFRON? (tak/nie*). Jeżeli tak, to proszę podać z jakiego tytułu …….
..……...……
6. Czy wcześniej zawarta przez Wnioskodawcę umowa ze środków PFRON nie została zerwana z winy Wnioskodawcy? (tak/nie*). Jeżeli tak, proszę podać numer umowy, kwotę przyznanego dofinansowania, cel i datę przyznania, oraz stan rozliczenia ……..……
……..……
..……..……

* właściwe zaznaczyć

IV. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Ja niżej podpisany(a) .....

(imię i nazwisko)

zamieszkały(a) .....

(miejscowość)

ulica .....nr domu ..... nr lokalu .....

oświadczam, że wraz razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Miesięczny dochód *
Dane dotyczące Wnioskodawcy:				
1.			-	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
9.				
10.				
			Razem:	

Oświadczam, że w okresie kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku przeciętny dochód* przypadający na jedną osobę w mojej rodzinie wyniósł: …… .....złotych (słownie:..... .....)

** miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek, dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych, chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za okres ostatnich trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. (Dz. U. z 2002 r.,Nr 96, poz. 861 z późn. zm.).*

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby wewnętrzne Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Końskich.

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 30 dni.

.....	.....	.....
Data	Miejscowość	Podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego/ pełnomocnika

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego dokumentu poświadczającego rodzaj i stopień niepełnosprawności.
2. Zaświadczenie potwierdzające wysokość miesięcznych dochodów netto Wnioskodawcy i osób wspólnie gospodarujących z Wnioskodawcą za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.
3. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające zasadność użycia wnioskowanego sprzętu w warunkach domowych, w związku z rodzajem niepełnosprawności.
4. Oferty cenowe sprzętu (przynajmniej dwie). Oferta winna wyszczególniać nazwę, model sprzętu oraz wartość brutto. Oferta winna być opatrzona pieczęcią sklepu z którego jest pobierana.

ADNOTACJE PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK

Potwierdzam dołączenie wymaganego kompletu dokumentów:

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak / nie*	Uzupełniono tak / nie*	Data uzupełnienia
1.	Kopia aktualnego dokumentu poświadczającego rodzaj i stopień niepełnosprawności			
2.	Zaświadczenie potwierdzające wysokość miesięcznych dochodów netto Wnioskodawcy i osób wspólnie gospodarujących z Wnioskodawcą za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku			
3.	Zaświadczenie lekarskie potwierdzające zasadność użycia wnioskowanego sprzętu warunkach domowych, w związku z rodzajem niepełnosprawności (ważne 1 miesiąc od daty wystawienia)			
4.	Oferty cenowe sprzętu (przynajmniej dwie)			

* wpisać właściwe

.....	.....	.....
Data	Imię i nazwisko przyjmującego wniosek	Podpis

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....

Data Podpis i pieczątka pracownika dokonującego oceny

DECYZJA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie podejmuje decyzję pozytywną/negatywną* i przyznaje/nie przyznaje* środki PFRON w kwocie.....……zł., słownie ..... ……..... na dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego dla Pani/Pana ....

....

data (dzień, miesiąc, rok) pieczęć PCPR pieczęć i podpis Dyrektora PCPR

* niepotrzebne skreślić