

.....
(pieczęć wnioskodawcy)

Nr. sprawy.....

Data wpływu.....

WNIOSEK

O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

zaopatrzenia w :

SPRZĘT REHABILITACYJNY

INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

Pełna nazwa

.....

Miejscowość.....Kod pocztowy

UlicaNr

Telefon Fax

NIPREGON.....

Nazwa banku oraz nr konta bankowego.....

.....

Status prawny.....

Podstawa działania.....

Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych

(pieczęć imienna)

(pieczęć imienna)

Podpis:..... Podpis:.....

Wnioskodawca prowadzi rehabilitację poprzez działalność:
..... zawodową leczniczą społeczną
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną
(przeciętnie w miesiącu)
Razem..... w tym do lat 18 powyżej lat 18
Tytuł prawny do lokalu (udokumentowanie):.....

Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:

Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy :

Cel działania.....

znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych.....

teren działania.....

liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością.....

liczba zatrudnionej kadry i jej kwalifikacje

warunki lokalowe.....

inne informacje

INFORMACJE DOTYCZĄCE REALIZACJI ZADANIA

Związek pomiędzy rodzajem prowadzonej rehabilitacji a rodzajem
wnioskowanego sprzętu

Cel dofinansowania

| LP. | NAZWA | ILOŚĆ SZTUK | CENA JEDNOSTKOWA | WARTOŚĆ OGÓŁEM | DO WERYFIKACJI (WYPEŁNIA PCPR) |
|-----|-------|-------------|---------------------|-------------------|---|
|-----|-------|-------------|---------------------|-------------------|---|

.....
.....
.....
Informacja o wcześniej przyznanych kwotach ze środków Funduszu:
Numer zawartej umowy..... z dnia.....
cel dofinansowania.....
Data przyznanego dofinansowania.....
Stan rozliczenia umowy.....

Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku:

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

Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:

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

1. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadre do obsługi sprzętu rehabilitacyjnego / zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi sprzętu rehabilitacyjnego/.*
2. Oświadczam, że **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych, administratorem danych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Mikołowie z siedzibą w Łaziskach Górnych ul. Chopina 8, 43-170 Łaziska Górne tel. 32 2244498 e-mail pcpr.mikolow@poczta.fm

* *niepotrzebne skreślić*

.....,
(miejsowość) (data) (podpis osoby upoważnionej)

WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW DO WNIOSKU

Wypełnia pracownik PCPR

| Nazwa załącznika | Załączono do wniosku Tak / Nie | Uzupełniono Tak/Nie | Data uzupełnienia |
|---|-----------------------------------|------------------------|----------------------|
| Statut działalności lub inny dokument potwierdzający rodzaj prowadzonej działalności | | | |
| Kopia dokumentu poświadczającego prawną formę istnienia | | | |
| Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach | | | |
| Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania zadania innych niż PFRON | | | |
| Lista niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności (nie dotyczy imprez masowych) | | | |
| Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji – programu merytoryczny imprezy | | | |
| Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo) | | | |
| Oświadczenia pełnomocników o zgodzie na wykorzystanie danych osobowych przez Starostę koniecznych do realizacji zadania zgodnie z ustawą z dn. 29.08.97 r o ochronie danych osobowych | | | |

W przypadku gdy wnioskodawca jest:

Przedsiębiorcą, do wniosku dołącza:

- informację o pomocy publicznej udzielanej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku , zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzoru pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

Pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej, do wniosku dołącza:

- potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej
- informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku
- informację o pomocy publicznej udzielanej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku , zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzoru pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów :

.....
(pieczęć)

.....
(podpis pracownika PCPR)

WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

Informacja dotycząca kompletności złożonego wniosku:

.....
.....

Data wpływu kompletnego wniosku.....

OŚWIADCZENIE PCPR

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mikołowie z siedzibą w Łąziskach Górnych w oparciu o decyzję Zespołu Pełnomocników ds. dofinansowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych

Protokół nr. z dnia ,
oświadcza, iż przyznaje / nie przyznaje dofinansowanie(a) ze środków PFRON

w kwocie:zł

słownie:zł

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis Dyrektora PCPR)