



**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ  
W ŁODZI**

Wydział ds. Rehabilitacji Społecznej  
Osób Niepełnosprawnych  
90-012 Łódź, ul. Kilińskiego 102/102A  
NIP 725-00-28-902, tel. 42 685-43-55

*pieczętka 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 nie posiadające 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: .....

**Informacje o osobach uprawnionych do reprezentowania 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:**

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

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

Zatrudnienie ogółem ..... w tym osoby niepełnosprawne .....

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 rzecz PFRON ?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Kwota zaległości w zł	-----

5. **Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:**

Nr i data zawarcia umowy, z kim została zawarta	Kwota przyznana	Cel	Stan rozliczenia
<b>RAZEM:</b>			

## 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)
<b>RAZEM</b>					

### 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 możliwości zrealizowania zadania tj.:

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

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

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, przyrządzone, 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 jako 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 przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

Łódź, dnia -----

-----  
(podpis i pieczęć Wnioskodawcy)

**Wykaz załączników do wniosku (oryginały do wglądu):**

1. Dokument potwierdzający prawną formę Wnioskodawcy (status i podstawę 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 finansowanie innych niż PFRON.
4. Szczegółowy wykaz wydatków związanych z realizacją zadania.
5. Udokumentowanie zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania 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.*