*Pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek*

***Wniosek***

***Osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą /osoby prawnej/ jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej\* o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny***

1. **Nazwa Wnioskodawcy**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

**Siedziba i adres Wnioskodawcy (telefon)**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

1. **Numer identyfikacji podatkowej NIP**

**……………………………………………………………………………………………….**

**Numer Regon**

**……………………………………………………………………………………………….**

1. **Status prawny i podstawa działania Wnioskodawcy**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

1. **Dane osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy oraz zaciągania zobowiązań finansowych**

Imię…………………………..Nazwisko…………………………………………………….

Seria i numer dowodu tożsamości……………………………………………………………

Adres zamieszkania…………………………………………………………………………..

Imię…………………………..Nazwisko…………………………………………………….

Seria i numer dowodu tożsamości……………………………………………………………

Adres zamieszkania…………………………………………………………………………..

1. **Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

1. **Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

1. **Nazwa i siedziba banku oraz numer rachunku bankowego**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

1. **Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

1. **Przewidywany koszt realizacji zadania**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

**Słownie złotych……………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

1. **Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

**Słownie złotych……………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………….**

1. **Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadnia**

Data rozpoczęcia realizacji zadnia…………………………………………………………

Data zakończenia realizacji zadania……………………………………………………….

1. **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 dofinansowania**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

1. **Informacja o innych źródłach finansowania zadania ( w załączeniu dokumenty potwierdzające)**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….**

|  |
| --- |
| **14.Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON** |
| Numer i data zawarcia umowy | Kwota przyznanego dofinansowania | Cel dofinansowania | Stan rozliczeń |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych ( tekst jednolity: Dz. U. 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.)**

**………………………………………………..**

 ***Czytelny podpis wnioskodawcy***

**……………………………….**

**Data**