

Wniosek

Rehabilitacja społeczna – Sprzęt rehabilitacyjny dla instytucji

Data wpływu:

Nr sprawy:

WNIOSEK

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Pełna nazwa Wnioskodawcy:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Strona internetowa:	

II. ADRES SIEDZIBY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

Taki sam jak adres siedziby

III. ADRES DO KORESPONDENCJI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY

Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem funkcji jaką pełnią w organizacji, które zgodnie z postanowieniami statutu lub innego aktu wewnętrznego są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy.

Imię i nazwisko	PESEL	Funkcja

Część B – INFORMACJE DODATKOWE

I. INFORMACJE DODATKOWE

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Status prawny:	
Nr rejestru sądowego (KRS):	

Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	
REGON:	
NIP:	
Podstawa działania:	
Sektor finansów:	<input type="checkbox"/> publicznych <input type="checkbox"/> niepublicznych
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

II. INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Czy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna:	

Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc inną niż de minimis (w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis)?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

III. INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych?	
Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:	
Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:	

IV. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?

- Nie
 Tak



V. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia	Kwota rozliczona

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**I. PRZEDMIOT WNIOSKU**

Przedmiot wniosku:

II. SZCZEGÓŁOWY PRELIMINARZ SPRZĘTU

Lp.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem	Do weryfikacji (wypełnia PCPR)

III. MIEJSCE REALIZACJI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Określenie planowanych lokalizacji, w których będzie znajdował się sprzęt będący przedmiotem wniosku:	

IV. OPIS PRZEDSIĘWZIĘCIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Termin od:	
Termin do:	
Cel dofinansowania:	
Liczba uczestników ogółem:	
- w tym osoby niepełnosprawne do 18 lat:	
- w tym osoby niepełnosprawne powyżej 18 lat:	
Przewidywane efekty:	

V. KOSZTY PRZEDSIĘWZIĘCIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przewidywany łączny koszt realizacji zadania:	
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:	
Własne środki przeznaczone na realizację zadania:	
Inne publiczne źródła finansowania ogółem - z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON:	
Inne niepubliczne źródła finansowania ogółem - z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON:	

Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek:

.....

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania.
- Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.

Miejscowość	Data	Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	Dokument potwierdzający formę prawną wnioskodawcy
2.	Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (w tym dzieci i młodzieży) przez okres co najmniej 2 lata przed dniem złożenia wniosku (należy wskazać: cel działania, teren działalności, liczba osób objętych działalnością rehabilitacyjną, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych);
3.	Faktura proforma na wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny
4.	Udokumentowany sposób reprezentacji (pełnomocnictwo dla osób uprawnionych do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych)
5.	Oświadczenie o posiadaniu konta bankowego
6.	Załączniki do wniosku opracowane przez PCPR (nr 1,2,3): a) Załącznik nr 1. Klauzula informacyjna b) Załącznik nr 2. Oświadczenie wnioskodawcy o posiadaniu środków na wkład własny c) Załącznik nr 3. Oświadczenie o nieposiadaniu zaległości wobec PFRON

Ponadto

- 7.
- **Podmiot prowadzący działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej do wniosku dołącza:**
 1. Zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające do lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie,
 2. Informację o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis,
 3. Oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy.
 - **Pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej – do wniosku dołącza:**
 1. Potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
 2. Informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku,
 3. Informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis.

Załącznik nr 1

do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

KLAUZULA INFORMACYJNA

dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

W celu realizacji obowiązku wynikającego z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane dalej RODO) prosimy o zapoznanie się z poniższymi informacjami

Administrator danych osobowych

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, ul. Wileńska 29A, 05-200 Wołomin zwany dalej Administratorem.

Inspektor Ochrony Danych

Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, należy skontaktować się poprzez adres email: sekretariat@pcprwołomin.pl, pisemnie na adres siedziby Administratora Danych Osobowych.

Cele i podstawa prawna przetwarzania danych

Przetwarzanie Pana/i danych osobowych odbywa się

- a) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. a tj. udzielonej przez Pana/i zgody na udział w postępowaniu w sprawie ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- b) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. c - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa tj.:
 - Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 lutego 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2021 poz. 573)
 - Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 czerwca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U z 2015 poz. 926)

Odbiorcy danych osobowych

Pani/a dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

- a) Właściwym organom, sądom oraz instytucjom państwowym i samorządowym lub innym instytucjom wykonującym powierzone zadania publiczne, jeżeli obowiązek ujawnienia/przekazania danych wynika z obowiązujących przepisów prawa lub jest to niezbędne celem dochodzenia praw lub roszczeń Administratora Danych Osobowych

Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG):

Administrator Danych Osobowych nie przekazuje Pana/Pani danych do państw trzecich tj. poza terytorium EOG (obejmujący Unie Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami prawa tj. okres przechowywania danych obejmuje okres konieczny do rozliczenia przyznanego dofinansowania oraz okres konieczny do ustalenia prawa do jego przyznania.

Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Panu/i prawo żądania od Administratora danych osobowych dostępu do swoich danych osobowych, prawo do sprostowania (poprawienia), usunięcia danych jednakże z ograniczeniem tego prawa w myśl art. 17 RODO, ograniczenia przetwarzania danych (wstrzymania operacji na danych lub nieusuwania danych w zależności od złożonego wniosku), prawo do przenoszenia danych osobowych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania państwa danych na potrzeby marketingu bezpośredniego. W celu skorzystania z powyższych praw, należy skontaktować się poprzez kanały komunikacji wskazane w pkt. Administrator danych osobowych

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Może Pan/i również wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku niezgodnego z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych.

Zgoda

W przypadku, gdy wykorzystywane przez nas Państwa dane nie są konieczne do realizacji obowiązku prawnego lub nie stanowi Naszego prawnie uzasadnionego interesu przysługuje Panu/i prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, w zakresie w jakim Pana/i dane osobowe są przetwarzane na podstawie udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych. Wycofanie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.

Czy podanie danych jest obowiązkowe?

Przetwarzanie pozyskanych od Pana/i danych opiera się na zasadzie dobrowolności, jednakże odmowa podania danych uniemożliwi Panu/i dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pana/i dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że otrzymałem/am Klauzulę informacyjną od Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i zapoznałem/am się z jej treścią.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika)



Załącznik nr 2

do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

o posiadaniu środków na wkład własny

(dotyczy wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie ze środków PFRON)

Niniejszym oświadczam, że Ja
(imię i nazwisko)

uprawniony do reprezentowania.....
.....
(pełna nazwa podmiotu)

Posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami, zadania pod nazwą
.....

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że maksymalna wysokość dofinansowania ze środków PFRON wynosi 80% kosztów uznanych przez PCPR. Wkładu własnego nie będą stanowiły środki PFRON uzyskane z innych źródeł.

Świadomy/a 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 służyć 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. art. 233 § 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).

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć osób upoważnionych do reprezentowania wnioskodawcy)



Załącznik nr 3

do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Stosownie do § 9 ust.1 rozporządzenia MPiPS z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 926 z późn. zm.) oświadczam, że

.....
.....
(pełna nazwa podmiotu)

nie posiada zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku, nie był stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć osób upoważnionych do reprezentowania wnioskodawcy)



Załącznik nr 4

do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

**Skala punktowa rozpatrywania wniosków
o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej**

		Liczba punktów	Przyznane punkty
Wniosek składany jest na dany cel			
1.	po raz pierwszy	8	
2.	po raz drugi i kolejny i nie otrzymywał dofinansowania	8	
3.	po raz drugi i kolejny i otrzymywał dofinansowanie	0	
Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych			
1.	nie korzystał	8	
2.	korzystał ze środków Funduszu na inne zadania, niż będące przedmiotem wniosku	4	
3.	korzystał na to samo zadanie	0	
Efekty realizacji zadania			
1.	Cele zadania umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobom niepełnosprawnym wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem	zdecydowanie tak	2
		umiarkowanie	1
2.	Cele zadania są dobrane i uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności	zdecydowanie tak	2
		umiarkowanie	1
Załączniki wymagane do wniosku			
1.	Wniosek zawiera wszystkie załączniki w dniu złożenia wniosku	1	
LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW			

Ocena wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON

Data weryfikacji formalnej wniosku:	/ 20..... r.
Weryfikacja formalna wniosku:	<input type="checkbox"/> pozytywna	<input type="checkbox"/> negatywna
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia:	<input type="checkbox"/> - tak	<input type="checkbox"/> - nie
Uzupełniono w dniu/ 20..... r.		

pieczętka imienna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

Data, podpis

Załącznik nr 5

do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
Decyzja o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

OCENA FORMALNA I MERYTORYCZNA WNIOSKU

	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Decyzja o przyznaniu dofinansowania
..... Piecątka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny formalnej i merytorycznej wniosku	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> Piecątka imienna, data, podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania (dotyczy wniosków, których realizacja wymaga podpisania umowy)

*pieczętki imienne pracowników PCPR
przygotowujących umowę*

data, podpis:

pieczętka imienna Dyrektora PCPR

data, podpis:

Załącznik nr 6

do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW - SPRZĘT REHABILITACYJNY

dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

(Załączniki wymagane do wniosku- wypełnia PCPR)

Nr sprawy.....

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku TAK*/NIE*	Data uzupełnienia
Dokument potwierdzający formę prawną wnioskodawcy.		
Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (w tym dzieci i młodzieży) przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku (statut podmiotu lub regulamin organizacyjny).		
Faktura proforma na wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny.		
Udokumentowany sposób reprezentacji (pełnomocnictwo dla osób uprawnionych do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych).		
Oświadczenie o posiadaniu konta bankowego.		
Załącznik nr 1. Klauzula informacyjna.		
Załącznik nr 2. Oświadczenie wnioskodawcy o posiadaniu środków własnych.		
Załącznik nr 3. Oświadczenie o nie posiadaniu zaległości wobec PFRON.		

W przypadku gdy wnioskodawca jest przedsiębiorcą:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku TAK*/NIE*	Data uzupełnienia
zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie.		
informację o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis.		
oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy.		

W przypadku gdy wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku TAK*/NIE*	Data uzupełnienia
Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku.		
Potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej		
Informację o sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku		

pieczętka imienna pracownika PCPR przyjmującego wniosek

data, podpis: