**Załącznik nr 4** do *„Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących w 2020 roku realizatorów Modułu III oraz Modułu IV programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”*

*Wypełnia PFRON:*

|  |  |
| --- | --- |
| Wniosek złożono:  w....................................................................................PFRON  w dniu............................................................................ | Nr sprawy: |
|  |

**WNIOSEK**

**o przyznanie refundacji w ramach Modułu IV programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”**

Uprawnionymi do złożenia wniosku są samorządy powiatowe, które w wyniku sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi uruchomiły dodatkowe wsparcie dla osób niepełnosprawnych.

Przed przystąpieniem do wypełniania wniosku należy zapoznać się z programem „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” oraz z „Kierunkami działań oraz warunkami brzegowymi obowiązującymi w 2020 roku realizatorów Modułu III oraz Modułu IV programu”.

Maksymalna wysokość pomocy finansowej udzielonej ze środków PFRON w ramach Modułu IV programu wynosi **50%** poniesionych przez Wnioskodawcę kosztów, z tym że **nie więcej niż do wysokości 100.000 zł.**

**Informacje o programie: www.pfron.org.pl – zakładka „O Funduszu – Programy i zadania PFRON”.**

Wniosek należy wypełnić komputerowo. Należy wypełnić poszczególne punkty wniosku lub wpisać „nie dotyczy”.

|  |
| --- |
| **Część A wniosku: Dane i informacje o Wnioskodawcy** |

**1. Nazwa i adres Wnioskodawcy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pełna nazwa: | | | |
|  |  |  |  |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Ulica | Nr posesji |
|  |  |  |  |
| Gmina | Powiat | Województwo | Nr kierunkowy |
|  |  |  |  |
| Nr telefonu stacjonarnego | Nr telefonu komórkowego | adres http://www | e-mail |
|  | |  | |
| REGON | | Nr identyfikacyjny NIP | |

2. Osoby uprawnione do reprezentowania Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem pełnionej funkcji, które są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy. W przypadku większej liczby osób należy dodać kolejne wiersze.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Funkcja |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

3. Osoby upoważnione do składania wyjaśnień dotyczących wniosku

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Nr telefonu stacjonarnego (wraz kierunkowym) lub komórkowego | e-mail |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Część B wniosku: Informacja dotycząca wsparcia dla osób niepełnosprawnych uruchomianego w wyniku sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi** | | |
| **1.** | **Informacja dotycząca wsparcia dla osób niepełnosprawnych** | |
| 1.1. | Opis rodzaju wsparcia (formy i zakres): |  |
| 1.2. | Opis docelowej grupy adresatów wsparcia (osób niepełnosprawnych): |  |
| 1.3. | Wykaz wydatków poniesionych na realizację wsparcia (wraz z podstawą kalkulacji) |  |
| 1.4. | Łączna wysokość środków przeznaczonych przez Wnioskodawcę na realizację wsparcia | (w zł) |
| 1.5. | Liczba osób niepełnosprawnych objętych wsparciem: |  |
| 1.6. | Termin uruchomienia wsparcia (dzień, miesiąc, rok): |  |
| 1.7. | Termin zakończenia wsparcia (dzień, miesiąc, rok): |  |
| 1.8. | Realizator wsparcia (np. jednostka organizacyjna powiatu, jednostka samorządu gminnego, organizacja pozarządowa, itp.) |  |
| **2.** | **Informacja dotycząca wsparcia dla osób niepełnosprawnych[[1]](#footnote-1)** | |
| 2.1. | Opis rodzaju wsparcia (formy i zakres): |  |
| 2.2. | Opis docelowej grupy adresatów wsparcia (osób niepełnosprawnych): |  |
| 2.3. | Wykaz wydatków poniesionych na realizację wsparcia (wraz z podstawą kalkulacji) |  |
| 2.4. | Łączna wysokość środków przeznaczonych przez Wnioskodawcę na realizację wsparcia | (w zł) |
| 2.5. | Liczba osób niepełnosprawnych objętych wsparciem: |  |
| 2.6. | Termin uruchomienia wsparcia (dzień, miesiąc, rok): |  |
| 2.7. | Termin zakończenia wsparcia (dzień, miesiąc, rok): |  |
| 2.8. | Realizator wsparcia (np. jednostka organizacyjna powiatu, jednostka samorządu gminnego, organizacja pozarządowa, itp.) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Część C wniosku: Wnioskowana kwota refundacji** | |
| **A.** | Łączny koszt uruchomienia dodatkowego wsparcia dla osób niepełnosprawnych w związku z sytuacjami kryzysowymi wywołanymi chorobami zakaźnymi:  zł (słownie złotych: ) |
| **B.** | Wnioskowana kwota refundacji ze środków PFRON:  zł (słownie złotych: ) |
| **Uwaga!**  Maksymalna wysokość pomocy finansowej udzielonej ze środków PFRON w ramach Modułu IV programu wynosi **50%** poniesionych przez Wnioskodawcę kosztów, z tym że **nie więcej niż do wysokości 100.000 zł.**  Refundacji nie podlegają wydatki, które zostały sfinansowane ze środków PFRON, w tym przekazanych wg algorytmu lub w ramach programów PFRON.  Refundacji nie podlegają wydatki, które zostały sfinansowane z innych (niż PFRON) środków publicznych, np. z dotacji celowych z budżetu państwa na szczególne formy udzielenia pomocy dla lokalnej społeczności (na podstawie art. 21b ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz. U. z 2019 r poz. 1398, z późn. zm.)). | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Część D wniosku: Załączniki wymagane do wniosku** | | |
| **Nazwa załącznika** | Załączono do wniosku *(przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak* ***„X”****)* | |
| Tak | Nie |
| Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione (na mocy pełnomocnictwa) do reprezentowania Wnioskodawcy. |  |  |

|  |
| --- |
| **Część E wniosku: Oświadczenia Wnioskodawcy** |

**Oświadczam, że:**

1. podane we wniosku informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym – przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
2. znane mi są postanowienia programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”;
3. w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie (na stronie internetowej PFRON, w Biuletynie Informacji Publicznej, w siedzibie PFRON w miejscu przeznaczonym na zamieszczanie ogłoszeń) uchwały Zarządu PFRON lub decyzji Pełnomocników Zarządu PFRON przyznającej środki PFRON na podstawie niniejszego wniosku.

................................. dnia ......................r.

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

*pieczątka imienna pieczątka imienna*

*podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych*

|  |
| --- |
| **Część F wniosku: Decyzja PFRON** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Decyzja Pełnomocników Zarządu PFRON w Oddziale PFRON** | |
| *Przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak* ***„X”*** | |
| **Pozytywna:** | **Negatywna:** |
| Wysokość przyznanej refundacji (w zł): | zł |
| słownie złotych: |
| Ewentualne uwagi: |  |

*pieczątka imienna, podpis Pełnomocnika Zarządu PFRON*

*data, podpis:*

*pieczątka imienna, podpis Pełnomocnika Zarządu PFRON*

*data, podpis:*

1. W przypadku większej liczby wsparcia należy dodać pkt 3, 4, itd. [↑](#footnote-ref-1)