#####

*pieczęć Oddziału PFRON wraz z datą wpływu
- wypełnia PFRON*

##### Załącznik nr 2

do Umowy realizacyjnej

## ZAPOTRZEBOWANIE NA ŚRODKI PFRON

## na realizację programu „Partnerstwo dla osób z niepełnosprawnościami” w 20........... roku

**w ramach konkursu nr …………………………**

**zgodnie z umową nr ……………… z dnia ……………………..**

1. **Dane dotyczące Instytucji Organizującej Konkurs**

|  |
| --- |
| Pełna nazwa IOK: ......................................................................................................................................................................................................................... |
| Adres IOK , która składa zapotrzebowanie: |
|  |  |  |  |
| Kod pocztowy | Miejscowość | Al./Ulica | Nr posesji |
|  |  |  |  |
| Nr telefonu | Nr fax | adres witryny internetowej | adres poczty elektronicznej |
|  |  |
| REGON | Nr identyfikacyjny NIP |

2. Osoby uprawnione do reprezentacji IOK i zaciągania zobowiązań finansowych

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczątka imienna)*podpis............................................................. | *(pieczątka imienna)*podpis............................................................. |

3. Informacja dotycząca rachunku bankowego wydzielonego wyłącznie dla środków PFRON przekazywanych w ramach programu „Partnerstwo dla osób z niepełnosprawnościami”

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Nazwa banku | Nr rachunku bankowego wydzielonego dla środków PFRON |
|  |
| Właściciel rachunku bankowego |

**4. Informacje dotyczące wnioskowanej kwoty na realizację programu**

1. Łączna wartość projektów zakwalifikowanych do realizacji w ramach programu: ………………………..
2. Wysokość wkładu własnego wskazanego do objęcia finansowaniem w ramach programu: …………………………….
3. Wysokość środków PFRON niewykorzystana przez adresata programu na dzień złożenia zapotrzebowania………………..…
4. Wnioskowana kwota do wypłaty (wskazana kwota nie może być większa niż kwota wskazana w załączniku nr 1 do umowy realizacyjnej na dany rok):………………………
5. W kwocie wskazanej w pkt 4 uwzględniono/nie uwzględniono\* kwoty wskazanej w pkt 3.
6. **Załączniki (dokumenty) wymagane do wystąpienia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa załącznika | **Załączono do** **zapotrzebowania** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| tak | nie | *(wypełnia PFRON)* |
| 1. | Pełnomocnictwo w przypadku, gdy zapotrzebowanie podpisane jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania IOK |  |  |  |  |
| 2. | Inne załączniki (należy wymienić): |  |  |  |  |
| 3.  | Inne załączniki (należy wymienić): |  |  |  |  |

#### \*Niewłaściwe skreślić

#### Oświadczenia:

**Oświadczam**, że podane w wystąpieniu informacje są zgodne z prawdą.

**Oświadczam**, że znane są mi zapisy programu „Partnerstwo dla osób z niepełnosprawnościami”
i zobowiązuję się do ich stosowania.

**Oświadczam**, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia zapotrzebowania wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na realizację programu „Partnerstwo dla osób
z niepełnosprawnościami”.

**Oświadczam**, że na dzień złożenia zapotrzebowania reprezentowany przeze mnie podmiot odpowiedzialny za realizację programu „Partnerstwo dla osób z niepełnosprawnościami” nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Urzędu Skarbowego oraz wobec organów
i instytucji wykonujących zadania z zakresu administracji publicznej oraz zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON.

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

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

*pieczątka imienna pieczątka imienna*

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

*Wypełnia Oddział PFRON*

*Decyzja dotycząca środków finansowych na realizację umowy*

|  |
| --- |
| DECYZJA PEŁNOMOCNIKÓW ZARZĄDU PFRON **pozytywna**: **negatywna**: |
| **PRZYZNANA KWOTA NA REALIZACJĘ PROGRAMU / KONKURSU W 20 ................ r.:**……………………………………………………………….. |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**:……………………………………………………………….. |
| ............................................. r. ............................ ........................... Data podpisy i pieczątki imienne pracowników Oddziału PFRON opiniujących zapotrzebowanie  |
| ............................................. r. ............................ ........................... Data podpisy i pieczątki imienne Pełnomocników Zarządu PFRON w Oddziale PFRON  |