Załącznik nr 5   
do Procedur

(Wzór)

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

WNIOSEK

**o prekwalifikację do udziału w programie**

**w ramach konkursu nr …………………..   
organizowanego przez ……………………………………….**

1. *Wniosek proszę wypełnić na komputerze.*
2. *Do wniosku proszę dołączyć aktualny odpis z rejestru KRS lub odpowiednio kopię wyciągu z ewidencji lub inne dokumenty potwierdzające status prawny podmiotu oraz kopię statutu podmiotu*
3. **Informacje o podmiocie/tach**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pełna nazwa i adres podmiotu *(zgodna z aktualnym wypisem z rejestru sądowego lub innego)*:**  *(jeśli wniosek składany będzie w Partnerstwie, tabelę należy powielić i wypełnić ją również dla Partnera)* | | | | | |
|  | |  | |  |  |
| Miejscowość | | Ulica | | Nr posesji | Kod pocztowy |
|  | |  | |  |  |
| Gmina | | Powiat | | Województwo | Nr kierunkowy |
|  | |  | |  |  |
| Nr telefonu | | Nr faksu | | Adres witryny | e-mail |
| Osoba(y) upoważniona do reprezentacji podmiotu i zaciągania zobowiązań finansowych: | | | | | |
|  | | | | | |
| Status prawny: |  | | Nr rejestru sądowego (KRS): | | |
| Data wpisu do rejestru: | | | Organ założycielski: | | |
| Regon: | | | NIP: | | |

|  |
| --- |
| Osoba upoważniona do kontaktu w sprawie wniosku (imię i nazwisko, stanowisko, telefon i e-mail kontaktowy): |

1. **Działalność na rzecz osób z niepełnosprawnościami** *(jeśli wniosek składany będzie w Partnerstwie, tabelę należy powielić i wypełnić ją również dla Partnera)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy podmiot prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych  (dot. osób, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 27-08-1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych) | | Tak □ Nie □ |
| Proszę wskazać, jakim rodzajem/stopniem niepełnosprawności charakteryzują się osoby niepełnosprawne uczestniczące w działaniach realizowanych przez Państwa organizację |  | |
| Od kiedy podmiot prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych |  | |
| Źródła finansowania działalności |  | |
| Liczba osób objętych wsparciem | Niepełnosprawne dzieci i młodzież (do 18 r.ż.)  Niepełnosprawni dorośli  Inni (w tym otoczenie ON)  Osoby niepełnosprawne nieposiadające orzeczenia | |
| Krótki opis realizowanych działań na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat (licząc wstecz od daty ogłoszenia konkursu), w przypadku Partnera w projekcie warunek ten obejmuje 1 rok, wraz ze wskazaniem, które działania zostały już zrealizowane i rozliczone: informacja powinna zawierać nazwę projektu, źródło finansowania, rodzaj udzielonego wsparcia, grupę docelową (maksymalnie ½ strony w przypadku jednego wnioskodawcy) |  | |

1. **Informacje o planowanym projekcie**

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu planowanego do złożenia: |  |
| Beneficjenci wsparcia – osoby z niepełnosprawnościami (ważnymi orzeczeniami o stopniu niepełnosprawności lub równoważnymi przez cały okres uczestnictwa w projekcie): krótki opis grupy (rodzaj/stopień niepełnosprawności, wiek, liczba osób planowanych do objęcia wsparciem itp.) wraz ze wskazaniem planowanych form wsparcia – max ¼ strony |  |
| Beneficjenci wsparcia – osoby z otoczenia osób z niepełnosprawnościami: krótki opis grupy (wiek, liczba osób planowanych do objęcia wsparciem, itp.) wraz ze wskazaniem planowanych form wsparcia – max ¼ strony |  |
| Szacunkowa wartość projektu: |  |
| Szacunkowa wartość wkładu własnego finansowego będącego przedmiotem wniosku o prekwalifikację: |  |

1. **Oświadczenia**
2. Oświadczam, że organizacja nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON w tym zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON.

TAK □ NIE □

1. Oświadczam, że w stosunku do organizacji pozarządowej nie wszczęto procedury zawiadomienia odpowiednich organów o możliwości popełnienia przestępstwa.

TAK □ NIE □

1. Oświadczam, że wobec członków organów uprawnionych do reprezentowania organizacji nie toczą się postępowaniach o przestępstwa ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwa skarbowe lub osoby te nie zostały skazane za popełnienie ww. przestępstw.

TAK □ NIE □

1. Oświadczam, że organizacja nie była stroną umowy zawartej z PFRON, samorządem wojewódzkim, powiatowym lub gminnym rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie organizacji – wykluczenie obowiązuje w ciągu 2 lat, licząc od dnia w którym wygasło zobowiązanie

TAK □ NIE □

1. Oświadczam, że organizacja rzetelnie wykonywała w okresie ostatnich 2 lat (licząc wstecz od daty ogłoszenia konkursu RPO-EFS) zobowiązania wynikające z umów zawartych z PFRON, samorządem wojewódzkim, powiatowym lub gminnym w zakresie realizacji projektów finansowanych ze środków PFRON lub EFS (rzetelnie i terminowo rozliczała środki).

TAK □ NIE □ NIE DOTYCZY □

1. Oświadczam, że organizacja nie jest wpisana do rejestru podmiotów wykluczonych w ramach funduszy strukturalnych UE.

TAK □ NIE □

1. Oświadczam, że organizacja nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i/lub Urzędu Skarbowego.

TAK □ NIE □

1. Oświadczam, że organizacja nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec innych organów i instytucji wykonujących zadania z zakresu administracji publicznej, w tym wobec jednostek samorządu terytorialnego.

TAK □ NIE □

1. Oświadczam, że pomoc finansowa w ramach programu nie będzie wykorzystana na pokrycie tych kosztów lub tej części kosztów projektu, które zostały sfinansowane z innych źródeł.

TAK □ NIE □

1. Oświadczam, że wszystkie podane w niniejszym wniosku o prekwalifikację informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

....................................................... …………………………….

Miejscowość Data

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

Imię, nazwisko (czytelnie), pieczątka Imię, nazwisko (czytelnie), pieczątka

*Podpis/-y osoby/osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu*

*Jeśli projekt jest składany w Partnerstwie, wniosek podpisują oba podmioty.*