**Załącznik nr 2** do Procedur realizacji Modułu I programu

„Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”

Wypełnia PFRON:

|  |  |
| --- | --- |
| Zapotrzebowanie złożono:w....................................................................................PFRONw dniu............................................................................ | Nr sprawy: |
|  |

**ZAPOTRZEBOWANIE**

**na środki PFRON w ramach Modułu I programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”**

Przed przystąpieniem do wypełniania zapotrzebowania należy zapoznać się z programem „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością” oraz z „Procedurami realizacji Modułu I programu”.

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

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

**1. Nazwa i adres Samorządu powiatowego**

|  |
| --- |
| 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. Nazwa i adres jednostki organizacyjnej Samorządu powiatowego wyznaczonej do realizacji Modułu I programu**

|  |
| --- |
| Pełna nazwa jednostki organizacyjnej Samorządu powiatowego: |
|  |  |  |  |
| 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 |
| Rachunek bankowy do obsługi środków PFRON przyznanych w ramach programu |
|  |  |
| Nazwa banku | Nr rachunku bankowego |

**3. Osoby uprawnione do reprezentowania Samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych**

W przypadku większej liczby upoważnionych osób należy dodać kolejne wiersze.

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

**4. Osoby upoważnione do składania wyjaśnień dotyczących zapotrzebowania**

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

**5. Kwota na realizację Modułu I programu objęta niniejszym ZAPOTRZEBOWANIEM**

Należy wskazać wysokość potrzebnych środków w związku z realizacją Modułu I.

Pomoc finansowa udzielana jest ze środków PFRON w ramach Modułu I w formie świadczenia na sfinansowanie Beneficjentom programu wymaganego udziału własnego w zakupie lub naprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

Definicja „Beneficjenta programu” zawarta została w Rozdziale I Procedur realizacji Modułu I programu.

Decyzję w sprawie przyznania świadczenia podejmuje jednostka samorządu powiatowego.

W przypadku pozytywnej decyzji wypłata świadczenia następuje na konto podmiotu realizującego zaopatrzenie w wyrób medyczny lub jego naprawę lub w gotówce albo na rachunek bankowy wskazany we wniosku o przyznanie świadczenia, nie później niż w ciągu 10 dni roboczych od daty podjęcia decyzji, z zastrzeżeniem iż wypłata świadczeń następuje do momentu wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych na realizację programu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przeznaczenie środków** | **Wysokość środków (w zł)** |
| **1.** | Realizacja Modułu I programu - świadczenia | **zł** |
| **2.** | Obsługa realizacji programu (maksymalnie 2,5%) | **zł** |
| **RAZEM** | **zł** |

**Uwaga!** W sytuacji, gdy samorząd powiatowy występuje także na rzecz Beneficjentów programu z terenu działania innego samorządu powiatowego, należy dołączyć załącznik do zapotrzebowania, obejmujący ww. tabelę, obejmującą realizację programu na terenie samorządu powiatowego, który nie będzie przystępować do realizacji programu.

**6. Załączniki wymagane do zapotrzebowania**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | Załączono do zapotrzebowania (przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak **„X”**) | Uzupełniono Tak/Nie | Data uzupełnienia |
| **Tak** | **Nie** | **Wypełnia PFRON** |
| 1. | Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy zapotrzebowanie podpisane jest przez osoby upoważnione (na mocy pełnomocnictwa) do reprezentowania Wnioskodawcy. |  |  |  |  |
| 2. | Inne załączniki (należy wymienić jakie): |  |  |  |  |

**Składając niniejsze zapotrzebowanie zobowiązuję się do przystąpienia do realizacji Modułu I programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”.**

pieczątka imienna pieczątka imienna

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów do przedmiotowego zapotrzebowania:**

pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis: