Załącznik nr 1 do procedur

(Wzór)

# **WNIOSEK o powierzenie grantu** **w ramach projektu grantowego „Bezpieczne WTZ i rehabilitacja społeczno-zawodowa osób z niepełnosprawnościami”**

1. Wniosek proszę wypełnić na komputerze. Należy wypełnić wszystkie pola lub wpisać „nie dotyczy”.
2. Wniosek należy przesłać do PFRON tylko w wersji edytowalnej.
3. Oryginał wniosku podpisanego przez osoby upoważnione do reprezentowania odbiorcy wsparcia i zaciągania zobowiązań finansowych będzie wymagany na etapie zawierania umowy.
4. Wniosek należy składać oddzielnie dla każdej umowy dotyczącej prowadzenia warsztatu terapii zajęciowej oraz każdej umowy na realizację w roku 2020 zadań zlecanych na podstawie art. 36 ustawy o rehabilitacji (…).

## Informacje o odbiorcy wsparcia

### Pełna nazwa (zgodna z aktualnym wypisem z rejestru sądowego lub innego)

| Pełna nazwa |
| --- |
|  |

### Dane teleadresowe odbiorcy wsparcia

| Miejscowość | Ulica | Nr posesji | Kod pocztowy |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Gmina | Powiat | Województwo | Nr telefonu |
|  |  |  |  |
| Adres witryny | | Adres e-mail do kontaktów ws. wniosku | |
|  | |  | |

### Status prawny odbiorcy wsparcia

|  |  |
| --- | --- |
| Forma prawna | Nr rejestru sądowego (KRS) lub innego rejestru/ewidencji |
|  |  |
| Data wpisu do rejestru | Organ założycielski |
|  |  |
| Regon | NIP |
|  |  |

### Informacja o rachunku bankowym

| Nr rachunku bankowego, na który nastąpi przekazanie grantu | Nazwa banku prowadzącego rachunek |
| --- | --- |
|  |  |

### Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania i zaciągania zobowiązań finansowych

| Imię | Nazwisko | Funkcja |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

### Osoba upoważniona do kontaktu w sprawie wniosku

| Imię | Nazwisko | Stanowisko | Telefon kontaktowy |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

## Status odbiorcy wsparcia:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Czy odbiorca wsparcia jest uprawniony do otrzymania grantu? | | | | | Tak | | Nie | |
| 2. | Czy odbiorca wsparcia w roku 2020 prowadzi warsztat terapii zajęciowej? (jeśli „Tak” nie należy wypełniać pola nr 4 i 5) | | | | | Tak | | Nie | |
| 3. | Numer lub inne oznaczenie umowy na prowadzenie warsztatu terapii zajęciowej: | | | | |  | | | |
| 3a. | Informacje dotyczące warsztatu terapii zajęciowej | | | | | | | |
| Miejscowość | | | Ulica | Nr posesji | Kod pocztowy | | | |
|  | | |  |  |  | | | |
| Gmina | | | Powiat | Województwo | Nr telefonu | | | |
|  | | |  |  |  | | | |
| Adres e-mail | | | | NIP | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| 4. | | Czy odbiorca wsparcia podpisał z PFRON umowę w ramach art. 36 ustawy o rehabilitacji (…) dotyczącą realizacji projektu w 2020 roku?[[1]](#endnote-2) (jeśli „Tak” nie należy wypełniać pola nr 2 i 3) | | | | | Tak | Nie | |
| 5. | | Numer umowy zawartej z PFRON w ramach art. 36 ustawy o rehabilitacji (…): | | | | |  | | |
| 5a. | | Kierunek pomocy: | | | | | 1 | 2 | |
| 5b. | | Data rozpoczęcia realizacji projektu: | | | | | dd-mm-rrrr | | |
| 5c. | | Data zakończenia realizacji projektu: | | | | | dd-mm-rrrr | | |

## Informacje o realizacji grantu

### Pracownicy odbiorcy wsparcia

| 6. | Liczba pracowników odbiorcy wsparcia, zaangażowanych w bezpośrednią pracę z osobami z niepełnosprawnościami (wg stanu na dzień poprzedzający dzień złożenia wniosku) | … osób |
| --- | --- | --- |

### Okres wsparcia

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 7. | Okres wsparcia | 7a. | Rozpoczęcie: | dd-mm-rrrr |
| 7b. | Zakończenie: | dd-mm-rrrr |
| 8. | Okres wsparcia w podziale na planowane dni wsparcia | 8a. | Czerwiec 2020 r.: | … dni roboczych |
| 8b. | Lipiec 2020 r.: | … dni roboczych |
| 8c. | Sierpień 2020 r.: | … dni roboczych |
| 8d. | Wrzesień 2020 r.: | … dni roboczych |
| 8e. | Październik 2020 r.: | … dni roboczych |
| 8f. | Listopad 2020 r.: | … dni roboczych |
| 8g. | Grudzień 2020 r.: | … dni roboczych |
| **Łączna liczba planowanych dni wsparcia[[2]](#endnote-3)** | | **….** dni roboczych |

### Sposób kalkulacji wysokości grantu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 9. | Sposób kalkulacji wysokości grantu | 9a. | Stawka[[3]](#endnote-4) | 12 zł |
| 9b. | Okres wsparcia[[4]](#endnote-5) | … dni roboczych |
| 9c. | Liczba pracowników odbiorcy wsparcia, zaangażowanych w bezpośrednią pracę z osobami z niepełnosprawnościami (wg stanu na dzień poprzedzający dzień złożenia wniosku):[[5]](#endnote-6) | … osób |

### Wnioskowana wysokość grantu

| 10. | Wnioskowana wysokość grantu (nie może przekroczyć iloczynu: wartości w polu nr 9a., wartości w polu nr 9b., wartości w polu nr 9c.) | ……………………. zł  (słownie złotych: ……) |
| --- | --- | --- |

## Oświadczenia

1. Oświadczam, że w reprezentowanym przeze mnie podmiocie funkcji członków zarządu lub organów uprawnionych do reprezentowania podmiotu nie pełnią osoby prawomocnie skazane za przestępstwa określone w art. 229 lub art. 230a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2019 , poz. 1950 ze zm.).
2. Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot nie podlega wykluczeniu związanemu z zakazem udzielania dofinansowania podmiotom wykluczonym lub wobec którego orzeczono zakaz dostępu do środków funduszy europejskich na podstawie:

* Art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U z 2019 r, poz. 869 z późn. zm.)
* Art. 12 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2012 r. poz.769),
* Art. 9 ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2020 r. poz.358).

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

1. Oświadczam, że rachunek bankowy, na który nastąpi przekazanie grantu, nie jest obciążony tytułami egzekucyjnymi oraz zajęciami komorniczymi.

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość | Data |
|  | dd-mm-rrrr |

**UWAGA: PROSIMY O NIEPODPISYWANIE WNIOSKU. PODPISANY WNIOSEK BĘDZIE STANOWIŁ ZAŁĄCZNIK NR 1 DO UMOWY O POWIERZENIE GRANTU.**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię, nazwisko (czytelnie) | Pieczątka i podpis |
|  |  |
| Podpis/-y osoby/osób upoważnionych do reprezentacji odbiorcy wsparcia i zaciągania zobowiązań finansowych | |

1. Wsparciem w ramach projektu objęte są podmioty realizujące zadania wymienione w § 1 pkt 2, 6 (kierunek pomocy 1 „Wejście osób niepełnosprawnych na rynek pracy) oraz § 1 pkt 1, 2, 4, 5, 7a, 13 (kierunek pomocy 2 „Zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych”) rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 lutego 2008 r. w sprawie rodzajów zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych zlecanych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym (Dz.U.2016.1945 t.j.). [↑](#endnote-ref-2)
2. Zgodnie z zapisami rozdziału 1 procedury, nie więcej niż 63 dni robocze. [↑](#endnote-ref-3)
3. Zgodnie z zapisami rozdziału 2 pkt 2.8.1 procedury. [↑](#endnote-ref-4)
4. Wartość z pola nr 8; nie więcej niż 63 dni robocze. [↑](#endnote-ref-5)
5. Wartość z pola nr 6. [↑](#endnote-ref-6)