

Zarządzenie nr62...../2021
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku
z dnia 8. listopada 2021 r.

**w sprawie zmiany zarządzenia nr 33/2018 z dnia 11 czerwca 2018 roku w sprawie
ustalenia zasad udzielania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na rehabilitację społeczną osób
niepełnosprawnych oraz obowiązujących wzorów wniosków**

Na podstawie § 7 ust. 1 pkt 3 Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku, nadanego uchwałą nr 121/2017 Zarządu Powiatu Słupskiego z dnia 28 grudnia 2017 r.

zarządzam, co następuje:

§ 1

W zarządzeniu nr 33/2018 z dnia 11 czerwca 2018 roku w sprawie ustalenia zasad udzielania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na rehabilitację społeczną osób niepełnosprawnych oraz obowiązujących wzorów wniosków wprowadza się następujące zmiany:

1. w § 1 ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:
„2) Wzór wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób niepełnosprawnych, stanowiący załącznik nr 5 do niniejszego zarządzenia;”
2. załącznik nr 10, o którym mowa w § 1 ust. 2 pkt 7 zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;
3. załącznik nr 11, o którym mowa § 1 ust. 2 pkt 8 zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;
4. w § 1 ust. 2 dodaje się pkt 9 o następującym brzmieniu:
„9) Wzór wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej, stanowiący załącznik nr 12 do niniejszego zarządzenia;”
5. do zarządzenia dodaje się załącznik nr 12, o treści jak w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia;
6. w § 1 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:
„4. Dopuszcza się, w przypadku dofinansowania ze środków PFRON do zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, składanie wniosków przez osoby niepełnosprawne elektronicznie za pośrednictwem portalu SOW, na drukach obowiązujących w Systemie Obsługi Wsparcia.”

§ 2

Wykonanie zarządzenia powierza się pracownikom zatrudnionym w Zespole ds. Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania i dotyczy wniosków złożonych od dnia 8 listopada 2021 roku.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Słupsku

mgr Urszula Dąbrowska

PIPIA
Zeznany
pod względem formalno-prawnym
nie budzi zastrzeżeń
Słupsk, dnia

Michał Zebrowski

Data wpływu:
Nr sprawy:

Załącznik nr 1 do załącznika
nr 62/21 Dyrektora PCPR w Słupsku
z dnia 8 listopada 2021r.

Załącznik nr 10



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji
i turystyki

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Wartość
Pełna nazwa Wnioskodawcy:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Strona internetowa:	

ADRES SIEDZIBY	
Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Poczta:	
Kod pocztowy:	

☐ Taki sam jak adres siedziby

ADRES KORESPONDENCYJNY

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Poczta:	
Kod pocztowy:	

OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Nazwisko:	
Pesel:	
Nr telefonu:	
Poczta:	

OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY

Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem funkcji jaką pełnią w organizacji, które zgodnie z postanowieniami statutu lub innego aktu wewnętrznego są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy

Imię i nazwisko	Funkcja

II. INFORMACJE DODATKOWE

Nazwa pola	Wartość
Status prawny:	
Nr rejestru sądowego:	
Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	
REGON:	
NIP:	
Podstawa działania:	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Czy Wnioskodawca prowadzi działalność rehabilitacyjną na rzecz osób niepełnosprawnych (dot. osób, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych):	☐ Nie ☐ Tak
Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:	☐ Nie ☐ Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	☐ Nie dotyczy ☐ Nie ☐ Tak
Podstawa prawna:	
Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:	☐ Nie ☐ Tak
Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:	☐ Nie ☐ Tak
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:	☐ Nie ☐ Tak

Czy wnioskodawca otrzymał pomoc inną niż de minimis (w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis)?:	☐ Nie ☐ Tak
---	---

INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Wartość
Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:	
Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje:	
Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:	

III. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?

- ☐ Nie
☐ Tak

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia	Kwota rozliczona

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa zadania, cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:

Nazwa pola	Wartość
Cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:	
Liczba uczestników:	
W tym liczba opiekunów:	
Liczba osób niepełnosprawnych:	
Do lat 18:	
Powyżej 18 lat:	
Liczba mieszkańców wsi:	
PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA	
Nazwa pola	Wartość
Planowane miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji zadania:	
Termin zakończenia:	

INFORMACJE DODATKOWE

Zakładane rezultaty zadania (należy opisać co zyskają osoby w wyniku realizacji zadania, w jakim stopniu realizacja zadania zmieni ich sytuację) oraz jak rezultaty te będą badane

Nazwa pola	Wartość
Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:	

II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA

Nazwa pola	Wartość
Przewidywany koszt realizacji zadania:	
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
Własne środki przeznaczone na realizację zadania:	

Inne źródła finansowania ogółem

z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON

Nazwa pola	Wartość
Publiczne:	
Niepubliczne:	

Harmonogram

III. Kosztorys rzeczowo-finansowy obejmujący rodzaje kosztów związanych z realizacją przedsięwzięcia

Lp.	Zakres rzeczowy wg rodzajów kosztów	Zakres finansowy		
		Całkowita wartość rodzajów kosztów	Pozostałe źródła finansowania (w tym udział własny)	Kwota dofinansowania ze środków PFRON
Razem:				
Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:				

Data i pieczęć wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

Lista wymaganych załączników do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych (dotyczy osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej)

1. Aktualny wypis z rejestru sądowego (wydany nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, w przypadku JST uchwała o utworzeniu (oryginały lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy);
2. Aktualny statut (kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy);
3. Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy;
4. Oświadczenie o posiadaniu środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON – podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy;
5. Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku;
6. Dokumenty potwierdzające warunki lokalowe i techniczne, w jakich przebywać będą osoby niepełnosprawne, w związku z realizacją zadania wskazanego we wniosku.

Załączniki dodatkowo wymagane do wniosku (dotyczy przedsiębiorców i zpch):

1. Zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie,
2. Informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis,
3. Dokumenty z Urzędu Skarbowego (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku): zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami lub decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy,
4. Zaświadczenie z ZUS o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy,
5. Decyzja w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej - oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy,
6. Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku.

Załącznik nr 2 do załącznika
nr 62/21 Dyrektora PCPR w Słupsku
z dnia 8 listopada 2021 r.

Załącznik nr 11

Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych

Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że:

1. Administratorem przekazanych danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku, ul. Sienkiewicza 20, 76-200 Słupsk;**
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można kontaktować się e-mailowo: ido@powiat.slupsk.pl;
3. Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji złożonego wniosku i obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych);
5. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie konsekwencjami określonymi w ustawie wskazanej w pkt 3;
6. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania;
7. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych, w sytuacjach dopuszczonych przez przepisy obowiązującego prawa;
8. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
9. Dane osobowe, które są przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Słupsk, dnia.....

.....
(podpis osoby ubiegającej się o świadczenie)

Wniosek

, Rehabilitacja społeczna – Sprzęt rehabilitacyjny dla instytucji

całkowicie nr 3 do zaopiniowania
nr 62/21 Dyrektora PCPR w Słupsku
z dnia 8 listopada 2021 r.

załącznik nr 12

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Wartość
Pełna nazwa Wnioskodawcy:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Strona internetowa:	

II. ADRES SIEDZIBY	
Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

☐ Taki sam jak adres siedziby**III. ADRES DO KORESPONDENCJI**

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

IV. OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Nazwisko:	
Pesel:	
Nr telefonu:	
Adres email:	

OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY

Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem funkcji jaką pełnią w organizacji, które zgodnie z postanowieniami statutu lub innego aktu wewnętrznego są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy.

Imię i nazwisko	Funkcja

Część B – INFORMACJE DODATKOWE

I. INFORMACJE DODATKOWE	
Nazwa pola	Wartość
Status prawny:	
Nr rejestru sądowego (KRS):	
Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	
Podstawa działania:	
REGON:	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	
NIP:	

II. INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Wartość
Czy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych?	☐ Nie ☐ Tak
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:	☐ Nie ☐ Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	☐ Nie ☐ Tak
Podstawa prawna:	

Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:	☐ Nie ☐ Tak
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc inną niż de minimis (w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis)?:	☐ Nie ☐ Tak
Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:	☐ Nie ☐ Tak
Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:	☐ Nie ☐ Tak

III. INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Wartość
Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych?	
Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:	
Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:	

IV. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?

- ☐ Nie
☐ Tak

V. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia	Kwota rozliczona

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot wniosku:

II. SZCZEGÓŁOWY PRELIMINARZ SPRZĘTU

Lp.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem	Do weryfikacji (wypełnia PCPR)

III. MIEJSCE REALIZACJI

Nazwa pola	Wartość
Określenie planowanych lokalizacji, w których będzie znajdował się sprzęt będący przedmiotem wniosku:	

IV. OPIS PRZEDSIĘWZIĘCIA

Nazwa pola	Wartość
Termin od:	
Termin do:	
Cel dofinansowania:	
Liczba uczestników ogółem:	
- w tym osoby niepełnosprawne do 18 lat:	

- w tym osoby niepełnosprawne powyżej 18 lat:	
Przewidywane efekty:	

V. KOSZTY PRZEDSIĘWZIĘCIA

Nazwa pola	Wartość
Przewidywany łączny koszt realizacji zadania:	
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:	
Własne środki przeznaczone na realizację zadania:	
Inne publiczne źródła finansowania ogółem - z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON:	
Inne niepubliczne źródła finansowania ogółem - z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON:	

Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek:

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania.
- Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.

Miejscowość	Data	Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

Lista wymaganych załączników do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny (dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej):

1. Aktualny wypis z rejestru sądowego (wydany nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, w przypadku JST uchwała o utworzeniu (oryginały lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy);
2. Aktualny statut (kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy);
3. Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy;
4. Oświadczenie o posiadaniu środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON – podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy;
5. Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnoprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.

Załączniki (dokumenty) wymagane dodatkowo do wniosku (w przypadku przedsiębiorców i zakładów pracy chronionej):

1. Zaświadczenia o pomocy *de minimis* otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy *de minimis* w tym okresie;
2. Informacje o każdej pomocy innej niż *de minimis*, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc *de minimis*;
3. Dokumenty z Urzędu Skarbowego (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku): zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami lub decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy;
4. Zaświadczenie z ZUS o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy;
5. Decyzja w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej - oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy;

6. Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku.