Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Wojska Polskiego 78 26-700 Zwoleń	Data wpływu wniosku do PCPR, pieczęć PCPR i podpis pracownika	Numer sprawy **DRS.711.……..202….** Numer wniosku SOW DRS.711.……..202……

Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny podmiotów prowadzących działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Pełna nazwa Wnioskodawcy:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Strona internetowa:	

II. ADRES SIEDZIBY

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

III ADRES DO KORESPONDENCJI

☐ **Taki sam jak adres siedziby**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy, poczta:	
Adres do e-doręczeń:	

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	PESEL	Funkcja

Część B – INFORMACJE DODATKOWE

I. INFORMACJE DODATKOWE

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Status prawny:	
Nr rejestru sądowego (KRS):	

Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	
REGON:	
NIP:	
Podstawa działania:	
Sektor finansów:	☐ publicznych ☐ niepublicznych
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

II. INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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 dotyczy ☐ 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	Do uzupełnienia
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:	
Opis prowadzonej działalności Wnioskodawcy 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 (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

Przedmiot wniosku:

II. SZCZEGÓŁOWY PRELIMINARZ SPRZĘTU

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

III. MIEJSCE REALIZACJI

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

IV. OPIS PRZEDSIĘWZIĘCIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Termin od:	
Termin do:	
Cel dofinansowania: (opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania)	
Liczba uczestników ogółem:	
- w tym osoby niepełnosprawne do 18 lat:	
- w tym osoby niepełnosprawne powyżej 18 lat:	
Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:	

V. KOSZTY PRZEDSIĘWZIĘCIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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 wraz z podaniem źródeł finansowania	

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części A oraz części B, ewentualnie wpisać „nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „Dołączono– załącznik nr .....do części……." Czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.
2. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja zatrudnia fachową kadrę do obsługi zadania.
3. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja posiada odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
4. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja posiada rachunek bankowy bez obciążeń.
5. Oświadczam, że przy korzystaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych reprezentowana przeze mnie organizacja będzie stosować zasady postępowania określone w ustawie prawo zamówień publicznych (t. j. Dz.U. z 2026 r., poz.793 z późn. zm.).
6. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja **posiada/ nie posiada*** zobowiązania(ń) wobec Skarbu Państwa.
7. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja **posiada/ nie posiada*** wymagalne(ych) zobowiązań wobec PFRON.
8. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja w okresie 3 lat od dnia złożenia wniosku **była/nie była*** stroną umowy z PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.
9. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja **prowadzi/ nie prowadzi*** działalność(ci) związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.
10. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w celu realizacji wniosku i przyznanie oraz rozliczenie dofinansowania na realizację zadania objętego wnioskiem zgodnie z art.6 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego

i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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) (Dz.U.UE.L.2016.119.1.)

11. Oświadczam, że **jestem /nie jestem*** zaliczony do sektora finansów publicznych w rozumieniu przepisów art. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t. j. Dz.U. z 2025 r., poz. 1483 z późn. zm.).
12. Oświadczam, że jestem świadomy/a/ odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnej z prawdą, wynikającej z Art. 233 § 1, 2 i 3 Kodeksu karnego (t. j. Dz. U. z 2026 r., poz. 1342.).
13. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja **prowadzi/ nie prowadzi*** działalności gospodarczej, w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 1480 z późn. zm.).
14. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
15. Oświadczam, że posiadam środki finansowe (inne niż PFRON) na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu oraz **zapewni/ nie zapewni*** minimum 20% całkowitych kosztów realizacji zadania.
16. **Oświadczam, że uczestnikami zadania są osoby posiadające orzeczenie: o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zamieszkałe na terenie powiatu zwoleńskiego**.
17. Oświadczam, że zobowiązuję się przed zawarciem umowy przedstawić zaktualizowaną informację o pomocy *de minimis* lub innej pomocy publicznej przeznaczonej na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą otrzymanej po złożeniu wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
18. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach zadania oraz że warunkiem zawarcia umowy jest spełnianie warunków dofinansowania określonych w przepisach prawa także w dniu podpisania umowy.
19. **Otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)*** pomocy de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe (w przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć zaświadczenie(a) o otrzymanej pomocy).

Lp.	Organ udzielający pomocy de minimis	Podstawa prawna otrzymanej pomocy i jej przeznaczenie	Dzień udzielenia pomocy (dzień-miesiąc-rok)	Wartość pomocy w euro	Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
			Razem:		

20. Prawdziwość danych podanych we wniosku o dofinansowanie stwierdzam własnoręcznym podpisem.
21. ** niepotrzebne skreślić*

Miejscowość	*Data*	*Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy*

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119 ze zm.) - dalej: „RODO" informuję, że:

1) a/ Administratorem Państwa danych jest **Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)** z siedzibą w Warszawie (00-828) przy ulicy Jana Pawła II 13, tel.: 22/5055500, email: kancelaria@pfron.org.pl
   b/ Administratorem Państwa danych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu** (ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwoleń, telefon kontaktowy: (48 6763623) email.: pcpr@zwolenpowiat.pl
2) a/ Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: iod@pfron.org.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
   b/ Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane **w celu dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla instytucji** tj. gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wraz z rozporządzeniami.
4) W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Udostępnione dobrowolnie dane będą przetwarzane w celu kontaktu.
5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych. Natomiast w przypadku danych podanych dobrowolnie – co do zasady do czasu wycofania przez Państwa zgody na ich przetwarzanie.
6) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
7) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
8) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
   a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
   b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
   c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
   d) prawo do usunięcia danych określone w przepisach prawa (art. 17 RODO);
   e) w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
   f) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Moniuszki 1a, 00-014 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
9) Podanie przez Państwa danych osobowych w zakresie, w jakim dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO ich podanie jest obowiązkiem ustawowym. Odmowa podania danych uniemożliwi realizację celu, jaki został wskazany w pkt 3 n/n klauzuli. W zakresie w jakim dane osobowe są przetwarzane na podstawie przesłanki zgody, tj. na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO, podanie danych jest dobrowolne.
10) Państwa dane osobowe będą ujawniane osobom działającym z upoważnienia Administratora, mającym dostęp do danych osobowych i przetwarzającym je wyłącznie na polecenie Administratora, chyba że wymaga tego prawo UE lub prawo państwa członkowskiego. Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, tj. usługodawcom wykonującym usługi serwisu systemów informatycznych, podmiotom zapewniającym ochronę danych osobowych i bezpieczeństwo IT, dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom usług informatycznych w zakresie systemów księgowo-ewidencyjnych, usługodawcom z zakresu księgowości oraz doradztwa prawnego, dostawcy usług hostingu poczty mailowej w przypadku korespondencji prowadzonej drogą mailową. Dane osobowe mogą być przekazywane do organów publicznych i urzędów państwowych lub innych podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa lub wykonujących zadania realizowane w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej do celów ewidencyjnych, weryfikacyjnych, kontrolnych i audytowych.

POUCZENIE

Zgodnie z § 12 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 926 ze zm.) **wniosek należy złożyć do 30 listopada roku poprzedzającego realizację zadania.**
Zgodnie z §13 ust. 2 pkt 1) rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (Dz. U. z 2015 r. poz. 926 ze zm.) **wysokość dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny wynosi do 80% kosztów tego sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.**

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych tj. z dn. 11 czerwca 2015 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 926 z późn. zm.),
w przypadku gdy podmiot prowadzi działalność gospodarczą, do wniosku dołącza się:

- zaświadczenie o pomocy *de minimis* otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy *de minimis* w tym okresie,
- 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.*

W przypadku gdy podmiot jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej do wniosku dołącza się:

- potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
- informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku,
- zaświadczenie o pomocy *de minimis* otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy *de minimis* w tym okresie,
- 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*.

Wykaz załączników (dokumentów) wymaganych do części A i B wniosku - wypełnia pracownik PCPR:		
Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono dnia
Udokumentowanie prowadzenia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku.		
Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z centralnej ewidencji działalności gospodarczej /ważny 3 miesiące/		
Statut		
Udokumentowanie zapewnienia odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania.		
Pełnomocnictwo do reprezentowania Wnioskodawcy – jeśli dotyczy.		
Udokumentowanie posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.		
Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania.		
Oświadczenie o nieposiadaniu zaległości wobec PFRON oraz, że nie była rozwiązana umowa o dofinansowanie ze środków PFRON z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy w ciągu trzech ostatnich lat.		

Oświadczenie o niezaleganiu wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Urzędu Skarbowego.		
Oświadczenie z banku o posiadaniu konta bankowego wraz z informacjami o ewentualnych obciążeniach.		
Oświadczenie o nieprowadzeniu/prowadzeniu działalność gospodarczej.		
Oferta cenowa wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego.		
W uzasadnionych przypadkach inne dokumenty niezbędne w celu realizacji wniosku.		

W przypadku gdy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą do wniosku ponadto należy załączyć:

Zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie		
Informacja 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		

W przypadku gdy wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej do wniosku ponadto należy załączyć:

Zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie		
Informacja 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		
Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej – kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy		
Informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku		

UWAGA! Dokumenty złożone w kserokopii winny być potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez osobę uprawnioną

data i podpis pracownika PCPR