**Załączniki wymagane do wniosku:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa załącznika | |
|
| **1.** | Aktualny wypis z rejestru sądowego lub inny dokument potwierdzający status prawny Wnioskodawcy– oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy |
| **2.** | Aktualny statut oryginał lub 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 nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz wobec Urzędu Skarbowego – sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik  2 do wniosku |
| **5.** | Dokumentacja potwierdzająca prowadzenie działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku |
| **6.** | Dokumentacja posiadania środków własnych lub pozyskanych  z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu |
| **7.** | Zaświadczenie 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 – ***dotyczy podmiotów prowadzących działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej,  w tym pracodawców prowadzących zakłady pracy chronionej*** |
| **8.** | Informacja o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymano w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis – ***dotyczy podmiotów prowadzących działalność gospodarczą,  w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej,  w tym pracodawców prowadzących zakłady pracy chronionej*** |
| **9.** | Potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej – ***dotyczy pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej*** |
| **10.** | Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku – ***dotyczy pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej*** |