**Data wpływu:**

**Nr sprawy:**

# WNIOSEK osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie oprocentowania kredytu bankowego

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Składający:** | Osoba niepełnosprawna ubiegająca się o środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na dofinansowanie oprocentowania kredytu bankowego, związanego z działalnością gospodarczą – prowadzeniem własnego lub dzierżawionego gospodarstwa rolnego |
| **Adresat:** | Starostwo Powiatowe |

## A. DANE O WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Wniosek:** |  Zwykły Korygujący |
| **Numer akt:** |  |
| **Data wpływu:** |  |

## B. DANE EWIDENCYJNE WNIOSKODAWCY

### B1. DANE EWIDENCYJNE I ADRES WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Rodzaj działalności:** |  |
| **PKD:** |  |
| **Województwo:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Faks:** |  |
| **E-mail:** |  |

### B2. ADRES DO KORESPONDENCJI

 Taki sam jak w punkcie B1

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Województwo:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Faks:** |  |
| **E-mail:** |  |

### B3. DODATKOWE INFORMACJE

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Numer rachunku bankowego:** |  |
| **Krótki opis dotychczasowej działalności:** |  |

## C. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEJ POMOCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania:** |  |
| **Wysokość oprocentowania podlegającego dofinansowaniu:** |  |
| **Numer umowy o kredyt bankowy:** |  |
| **Data zawarcia umowy:** |  |
| **Pełna nazwa kredytodawcy:** |  |

## D. INFORMCJA O ZATRUDNIENIU

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Liczba osób zatrudnionych:** |  |
| **W tym osób niepełnosprawnych:** |  |

## Oświadczam, że:

1. Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON lub z innych środków publicznych na podjęcie działalności gospodarczej albo rolniczej
 tak nie
2. Czy Wnioskodawca posiada zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
 tak nie
3. Czy Wnioskodawca posiada zaległości w zobowiązaniach wobec Funduszu Pracy
 tak nie
4. Czy wnioskodawca zalega z opłacaniem w terminie podatków
 tak nie
5. Czy Wnioskodawca był karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku, za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.)
 tak nie

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

|  |  |
| --- | --- |
| *Data sporządzenia wniosku* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |