Wniosek złożono w.............................

w dniu...................................................

Nr sprawy:

*Wypełnia Realizator*

## WNIOSEK

## w sprawie uczestnictwa w realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

**Pouczenie:**

*We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać* ***„Nie dotyczy”****.*

|  |
| --- |
| Część 1: Dane i informacje o Projektodawcy |

**1. Nazwa i adres Projektodawcy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pełna nazwa: ................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................................................................................................................ | | | |
|  |  |  |  |
| Miejscowość | Ulica | Nr posesji | Kod pocztowy |
|  |  |  |  |
| Gmina | Powiat | Województwo | Imię Nazwisko osoby do kontaktu |
|  |  |  |  |
| Nr telefonu osoby do kontaktu | Nr fax | adres http://www | e-mail |

2. Osoby uprawnione do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczątka imienna)*  podpis............................................................. | *(pieczątka imienna)*  podpis............................................................. |

**3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy Projektodawca jest zobowiązana do wpłat na rzecz PFRON | tak: | nie: |
| Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON |  | |
| Czy Projektodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON | tak: | nie: |
| Numer identyfikacyjny PFRON |  | |
| Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku | .................................zł | |

**4. Informacje o Projektodawcy**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| REGON | Nr identyfikacyjny NIP |
| Czy Projektodawca jest podatnikiem VAT: tak: nie:  podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT ................................................................... | |
| Wnioskodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak: nie:  podstawa prawna:..................................................................................................... | |

**5. Załączniki (dokumenty) wymagane do Wniosku**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa załącznika | Załączono | | Uzupełniono tak/nie | Data uzupełnienia |
| tak | nie | *(wypełnia PFRON)* | |
| 1. | Pełnomocnictwo w przypadku, gdy Wniosek podpisany jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania Projektodawcy. |  |  |  |  |
| 2. | Pełnomocnictwo, lub inny dokument potwierdzający uprawnienia projektodawcy do zaciągania zobowiązań finansowych. |  |  |  |  |
| 3. | Zaświadczenie z ZUS dotyczące Projektodawcy, którego dotyczy wystąpienie o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wystąpienia) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy. |  |  |  |  |
| 4. | Dokumenty z Urzędu Skarbowego dotyczące Projektodawcy, którego dotyczy wniosek: decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wystąpienia) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy. |  |  |  |  |
| 5. | Wydane przez bank (banki) zaświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego (rachunków bankowych), wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia projektu). |  |  |  |  |
| 6. | Aktualny dokument potwierdzający status prawny projektodawcy. |  |  |  |  |
| 7. | Informacja o wszystkich złożonych przez projektodawcę projektach, sporządzona zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik do wniosku. |  |  |  |  |
| 8. | Oświadczenie o zgodności projektów z gminnym programem działań na rzecz osób niepełnosprawnych. |  |  |  |  |
| 9. | Oferty cenowe dotyczące sprzętu, urządzeń, pojazdów czy wyposażenia, których zakup jest planowany w ramach projektu. |  |  |  |  |

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wniosku:**

*pieczątka imienna, podpis Realizatora*

*data, podpis:*

**UWAGA**

Projektodawcy prowadzący działalność gospodarczą, ubiegający się o pomoc de minimis zobowiązani są do przedstawienia realizatorowi programu, wraz z wnioskiem o przyznanie środków finansowych na realizację projektu:

1. informacji o otrzymanej pomocy de minimis [zł] i [EUR] w roku złożenia wniosku, wg stanu na dzień poprzedzający złożenie wniosku wraz z dwoma poprzednimi latami bilansowymi lub oświadczenia o nie otrzymaniu takiej pomocy;
2. kwot [zł] i przeznaczenia innej pomocy w zakresie tych samych kosztów kwalifikowalnych, których dotyczy składany wniosek w roku złożenia wniosku wg stanu na dzień poprzedzający złożenie wniosku wraz z dwoma poprzednimi latami bilansowymi lub oświadczenia o nie otrzymaniu takiej pomocy;
3. w przypadku otrzymania pomocy, o której mowa w pkt 2 - oświadczenia, że otrzymanie aktualnie wnioskowanej pomocy de minimis nie spowoduje przekroczenia maksymalnej intensywności określonej dla innego rodzaju pomocy w zakresie tych samych kosztów kwalifikowalnych;
4. oświadczenia o spełnieniu warunku określonego w artykule 1 ust. 1 rozporządzenia Komisji (WE) 1998/2006 z 15 grudnia 2006 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu do pomocy de minimis;
5. oświadczenia o prowadzeniu działalności w sektorze transportu, jeżeli taki przypadek ma miejsce.

|  |
| --- |
| Część 2: Informacje o projektach |

1. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę, planowanych do realizacji w ramach obszaru B programu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres Projektodawcy | Nazwa projektu |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

2. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę planowanych do realizacji w ramach obszaru C programu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres Projektodawcy | Nazwa projektu |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

3.Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę planowanych do realizacji w ramach obszaru D programu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres Projektodawcy | Nazwa projektu |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

4. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę planowanych do realizacji w ramach obszaru F programu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres Projektodawcy | Nazwa projektu |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Część 2B: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru B programu |

**UWAGA!**

W przypadku większej ilości projektów zgłoszonych w części 2 Wniosku, **część 2B** Wniosku należy skopiować i wypełnić dla każdego projektu oddzielnie

**1. Opis projektu**

|  |
| --- |
| Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2):  ....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... |
| Nazwa Projektodawcy:................................................................................................................  Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy)*..........................................................................* NIP ............................... ;REGON ............................; Nr identyfikacyjny PFRON .............................;  Czy projektodawca jest podatnikiem VAT tak nie  Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT .......................................................................... |
| Wnioskodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak: nie:  podstawa prawna:..................................................................................................... |
| Cel projektu: (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)  ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... Projekt dotyczy terenu: miejskiego ; wiejskiego ; miejsko-wiejskiego ; |
| Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier............................................ ....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ................................................................................................................... ....................................................................................................................................... NIP\*.....................; REGON\* ......................; Nr identyfikacyjny PFRON\* ....................;  \*należy wypełnić jeżeli jest inny niż projektodawcy |

2. Diagnoza sytuacji, z której wynikać będzie konieczność podjęcia działań opisanych w projekcie

|  |
| --- |
| (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)  ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

3. Harmonogram realizacji projektu

|  |
| --- |
| Rozpoczęcie realizacji projektu *(dzień, miesiąc, rok)*:  ........................................................................................  Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:  ........................................................................................ |

### 4. Wartość wskaźników bazowych:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. liczba osób niepełnosprawnych uczęszczających do środowiskowego domu samopomocy, którego dotyczy projekt lub liczba dzieci i młodzieży niepełnosprawnej uczęszczających do placówki edukacyjnej, której dotyczy projekt, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie, z wyszczególnieniem dzieci i młodzieży oraz osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich | **niepełnosprawni ogółem** | **niepełnosprawni do 18 roku życia** |
|  |  |
| **niepełnosprawni pełnoletni na wózkach** | **niepełnosprawni do18 roku życia na wózkach** |
|  |  |
| 1. liczba placówek edukacyjnych, urzędów lub środowiskowych domów samopomocy położonych na terenie powiatu, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego o lub wniosku o dofinansowanie |  | |
| 1. liczba placówek edukacyjnych, urzędów lub środowiskowych domów samopomocy położonych na terenie powiatu, kompleksowo dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie |  | |
| 1. wysokość środków przeznaczonych w planie beneficjenta na likwidację barier architektonicznych w placówkach edukacyjnych, urzędach lub środowiskowych domach samopomocy, na rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie |  | |

**5. Koszt realizacji projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| A. | Łączny koszt realizacji projektu: .............................................................................zł  słownie złotych: ........................................................................................................ |
| B. | Środki własne Projektodawcy przeznaczone na realizację projektu: .........................zł  słownie złotych: ........................................................................................................ ................................................................................................................................. |
| C. | Inne źródła finansowania ogółem *(środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje –*  *z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON)*: ........................................................zł  słownie złotych: ........................................................................................................ ................................................................................................................................. |
| D. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .......................................zł  słownie złotych: ........................................................................................................ ................................................................................................................................. |

**6. Informacje dotyczące pomocy publicznej**

|  |
| --- |
| Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej tak nie  Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą tak nie ;  Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej tak nie ;  Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE tak nie ;  Planowana pomoc jest pomocą *de minimis* tak nie ; |

**7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2B**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa załącznika | Załączono | | Uzupełniono tak/nie | Data uzupełnienia |
| tak | nie | *(wypełnia PFRON)* | |
| 1. | Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami kosztorysów, wycen i ofert |  |  |  |  |
| 2. | Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych |  |  |  |  |
| 3. | O ile dotyczy:  dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów,  rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego i projektowanego do wykonania,  dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu,  pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów,  zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów |  |  |  |  |
| 4. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III” |  |  |  |  |

***Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wniosku:***

*pieczątka imienna, podpis Realizatora*

*data, podpis:*

|  |
| --- |
| Część 2C: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru C programu |

**UWAGA!**

W przypadku większej ilości projektów zgłoszonych w części 2, **część 2C** należy skopiować i wypełnić dla każdego projektu oddzielnie

**1. Opis projektu**

|  |
| --- |
| Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2):  ....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... |
| Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych  1.Nazwa Projektodawcy:................................................................................................................  Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy)..........................................................................  NIP ............................... ;REGON ............................; Nr identyfikacyjny PFRON .............................;  Czy projektodawca jest płatnikiem VAT tak nie  Podstawa prawna zwolnienia z podatku vat ..........................................................................  Projektodawca jest płatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak: nie:  podstawa prawna:.....................................................................................................  2.Nazwa Projektodawcy:................................................................................................................  Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy)..........................................................................  NIP ............................... ;REGON ............................; Nr identyfikacyjny PFRON .............................;  Czy projektodawca jest płatnikiem VAT tak nie  Podstawa prawna zwolnienia z podatku vat .......................................................................... |
| Projektodawca jest płatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak: nie:  podstawa prawna:..................................................................................................... |
| Cel projektu: (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)  ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... Projekt dotyczy terenu: miejskiego ; wiejskiego ; miejsko-wiejskiego ; |
| Nazwa zakładu spółdzielni socjalnej osób prawnych (której utworzenia dotyczy projekt), w którym adaptowane są pomieszczenia i tworzone stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych………………………………………………………………………………... ……………………….…………………………………………………………………………………... Dokładna lokalizacja zakładu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ................................................................................................................... |

2. Diagnoza sytuacji, z której wynikać będzie konieczność podjęcia działań opisanych w projekcie

|  |
| --- |
| (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)  ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................... ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

3. Harmonogram realizacji projektu

|  |
| --- |
| Rozpoczęcie realizacji projektu *(dzień, miesiąc, rok)*:  ........................................................................................  Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:  ........................................................................................ |

### 4. Wartość wskaźników bazowych:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. liczba osób niepełnosprawnych z terenu powiatu zatrudnionych w spółdzielniach socjalnych, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie | **stopień niepełnosprawności** | | | |
| **ogółem** | **lekki** | **umiarkowany** | **znaczny** |
|  |  |  |  |
| 1. wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na utworzenie spółdzielni socjalnej osób prawnych, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie |  | | | |

**5. Koszt realizacji projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| A. | Łączny koszt realizacji projektu: .............................................................................zł  słownie złotych: ........................................................................................................ ................................................................................................................................. |
| B. | Środki własne Projektodawcy przeznaczone na realizację projektu: .........................zł  słownie złotych: ........................................................................................................ ................................................................................................................................. |
| C. | Inne źródła finansowania ogółem *(środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje –*  *z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON)*: ........................................................zł  słownie złotych: ........................................................................................................ ................................................................................................................................. |
| D. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .......................................zł  słownie złotych: ........................................................................................................ ................................................................................................................................. |

**6. Informacje dotyczące pomocy publicznej**

|  |
| --- |
| Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej tak nie  Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą tak nie ;  Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej tak nie ;  Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE tak nie ;  Planowana pomoc jest pomocą *de minimis* tak nie ; |

**7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2C**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa załącznika | Załączono | | Uzupełniono tak/nie | Data uzupełnienia |
| tak | nie | *(wypełnia PFRON)* | |
| 1. | Porozumienie intencyjne w sprawie utworzenia spółdzielni socjalnej osób prawnych. |  |  |  |  |
| 2 | Wykaz robót adaptacyjnych dotyczących obiektu spółdzielni, ich opis i koszt wraz z kopiami kosztorysów, wycen i ofert. |  |  |  |  |
| 3. | Wykaz urządzeń i sprzętu dotyczącego adaptacji obiektu spółdzielni wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych. |  |  |  |  |
| 4 | Wykaz wyposażenia spółdzielni, specyfikację niezbędnego wyposażenia oraz koszt. |  |  |  |  |
| 5. | Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu. |  |  |  |  |
| 6. | Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów. |  |  |  |  |
| 7. | Zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów. |  |  |  |  |
| 8. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 5 procedur realizacji Programu. |  |  |  |  |
| 9. | Wykaz stanowisk pracy tworzonych w ramach projektu w spółdzielni, zawierający nazwę stanowiska, specyfikację niezbędnego wyposażenia stanowiska wraz z kopiami ofert cenowych oraz koszt wyposażenia stanowiska. |  |  |  |  |

***Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2C Wystąpienia:***

*pieczątka imienna, podpis Realizatora*

*data, podpis:*

|  |
| --- |
| Część 2D: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru D programu |

**UWAGA!**

W przypadku większej ilości projektów zgłoszonych w części 2, **część 2D** należy skopiować i wypełnić dla każdego projektu oddzielnie

**1. Opis projektu**

|  |
| --- |
| Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2):  ....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... |
| Nazwa Projektodawcy:................................................................................................................  Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy)..........................................................................  NIP ............................... ;REGON ............................; Nr identyfikacyjny PFRON .............................;  Czy projektodawca jest podatnikiem VAT tak nie  Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT .......................................................................... |
| Wnioskodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak: nie:  podstawa prawna:..................................................................................................... |
| Cel projektu: (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)  .............................................................................................................................................................................................................................................................................. Projekt dotyczy terenu: miejskiego ; wiejskiego ; miejsko-wiejskiego ; |
| Nazwa jednostki organizacyjnej projektodawcy, która będzie dysponować pojazdem ....................................................................................................................................... Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ......................................................................................................................................  NIP.....................\*; REGON ......................\*; Nr identyfikacyjny PFRON\* ....................;  \*należy wypełnić jeżeli posiada |

2. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu do przewozu osób niepełnosprawnych zawierające informacje o placówce służącej rehabilitacji osób niepełnosprawnych lub warsztacie terapii zajęciowej, których uczestnicy będą mieli zapewniony transport w wyniku realizacji projektu

|  |
| --- |
| w przypadku obszernego opisu – w załączeniu  Nazwa placówki służącej rehabilitacji/warsztatu terapii zajęciowej:…………………………………………………........................................................  Data rozpoczęcia działalności (dzień/ miesiąc/rok):……………………......................................  Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): .....................................................................................................................................  NIP....................\*.; REGON ...................... \*; Nr identyfikacyjny PFRON\* ....................; \*należy wypełnić jeżeli posiada  **Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu:** |

3. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych

|  |
| --- |
| (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)  ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |

4. Diagnoza sytuacji, z której wynikać będzie konieczność podjęcia działań opisanych w projekcie

|  |
| --- |
| (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)  ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

5. Harmonogram realizacji projektu

|  |
| --- |
| Rozpoczęcie realizacji projektu *(dzień, miesiąc, rok)*:  ........................................................................................  Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:  ........................................................................................ |

### 6. Wartość wskaźników bazowych:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. liczba pojazdów (w rozbiciu na mikrobusy-pojazdy o liczbie miejsc 9 łącznie z kierowcą i autobusy) wykorzystywanych do przewozu osób niepełnosprawnych będących w posiadaniu beneficjenta, w tym pojazdów przystosowanych do przewozu osób na wózkach inwalidzkich, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie | **Liczba mikrobusów ............................. , w tym przystosowanych do przewozu**  **osób na wózkach ..................................**  **Liczba autobusów ..............................., w tym przystosowanych do przewozu**  **osób na wózkach ................................** | | |
| 1. liczba osób niepełnosprawnych, z wyodrębnieniem osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich, którym beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie | **osoby niepełnosprawne** | | |
| **pełnoletnie** | **do 18 roku życia** | **łącznie** |
|  |  |  |
| **pełnoletnie na wózkach** | **do18 roku życia na wózkach** | **łącznie na wózkach** |
|  |  |  |
| 1. wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie |  | | |
| 1. liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych, których uczestnikom beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie |  | | |

**7. Koszt realizacji projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| A. | Łączny koszt realizacji projektu: .............................................................................zł  słownie złotych: ........................................................................................................ ................................................................................................................................. |
| B. | Środki własne Projektodawcy przeznaczone na realizację projektu: .........................zł  słownie złotych: ........................................................................................................ |
| C. | Inne źródła finansowania ogółem *(środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje –*  *z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON)*: ........................................................zł  słownie złotych: ........................................................................................................ ................................................................................................................................. |
| D. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .......................................zł  słownie złotych: ........................................................................................................ ................................................................................................................................. |

**8. Informacje dotyczące pomocy publicznej**

|  |
| --- |
| Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej tak nie  Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą tak nie ;  Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej tak nie ;  Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE tak nie ;  Planowana pomoc jest pomocą *de minimis* tak nie ; |

**9. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2D**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa załącznika | Załączono | | Uzupełniono tak/nie | Data uzupełnienia |
| tak | nie | *(wypełnia PFRON)* | |
| 1. | Wykaz pojazdów, których zakupu lub przystosowania dotyczy projekt zawierający rodzaj pojazdu, ilość miejsc do przewozu osób niepełnosprawnych, w tym miejsc przystosowanych do kotwiczenia wózków inwalidzkich wraz z informacja o dodatkowym wyposażeniu (winda, najazdy)koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu |  |  |  |  |
| 2. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 6 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III” |  |  |  |  |

***Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wystąpienia:***

*pieczątka imienna, podpis Realizatora*

*data, podpis:*

|  |
| --- |
| Część 2F: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru F programu |

**UWAGA!**

W przypadku większej ilości projektów zgłoszonych w części 2, **część 2F** należy skopiować i wypełnić dla każdego projektu oddzielnie

**1. Opis projektu**

|  |
| --- |
| Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2):  ....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... |
| Nazwa Projektodawcy:................................................................................................................  Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy)..........................................................................  NIP ............................... ;REGON ............................; Nr identyfikacyjny PFRON .............................;  Czy projektodawca jest podatnikiem VAT tak nie  Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT .......................................................................... |
| Wnioskodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak: nie:  podstawa prawna:..................................................................................................... |
| Cel projektu: (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)  ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... Projekt dotyczy terenu: miejskiego ; wiejskiego ; miejsko-wiejskiego ; |
| Dokładna lokalizacja obiektu, w którym planowane jest utworzenie warsztatu terapii zajęciowej (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ....................................................................................................................................... .............................................................................................................................................................................................................................................................................. |

2. Diagnoza sytuacji, z której wynikać będzie konieczność podjęcia działań opisanych w projekcie

|  |
| --- |
| (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)  ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

3. Harmonogram realizacji projektu

|  |
| --- |
| Rozpoczęcie realizacji projektu *(dzień, miesiąc, rok)*:  ........................................................................................  Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:  ........................................................................................ |

### 4. Wartość wskaźników bazowych:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. liczba osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie powiatu, będących uczestnikami warsztatów terapii zajęciowej według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie |  |
| 1. wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, w roku wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie |  |

**5. Koszt realizacji projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| A. | Łączny koszt realizacji projektu: .............................................................................zł  słownie złotych: ........................................................................................................ ................................................................................................................................. |
| B. | Środki własne Projektodawcy przeznaczone na realizację projektu: .........................zł  słownie złotych: ........................................................................................................ ................................................................................................................................. |
| C. | Inne źródła finansowania ogółem *(środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje –*  *z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON)*: ........................................................zł  słownie złotych: ........................................................................................................ ................................................................................................................................. |
| D. | Środki PFRON przekazywane algorytmem przeznaczone na realizację projektu słownie złotych ......................................................................................................  ................................................................................................................................. |
| E. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .......................................zł  słownie złotych: ........................................................................................................ ................................................................................................................................. |

**6. Informacje dotyczące pomocy publicznej**

|  |
| --- |
| Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej tak nie  Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą tak nie ;  Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej tak nie ;  Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE tak nie ;  Planowana pomoc jest pomocą *de minimis* tak nie ; |

**7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2 F**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa załącznika | Załączono | | Uzupełniono tak/nie | Data uzupełnienia |
| tak | nie | *(wypełnia PFRON)* | |
| 1. | Dokumenty wymienione w § 3 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 roku w sprawie warsztatów terapii zajęciowej (Dz. U. Nr 63, poz.587) |  |  |  |  |
| 2. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 8 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III” |  |  |  |  |

***Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wystąpienia:***

*pieczątka imienna, podpis Realizatora*

*data, podpis:*

#### Oświadczenia Projektodawcy:

**Oświadczam**, że podane we Wniosku informacje są zgodne z prawdą.

**Oświadczam**, że znane są mi zapisy programu i procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

**Oświadczam**, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego Wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wystąpienia.

**Oświadczam**, że na dzień sporządzenia Wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON.

**Oświadczam**, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wystąpienia zostały zweryfikowane pod względem formalnym i merytorycznym.

**Oświadczam**, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wystąpienia są zgodnie z samorządowym programem działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuję o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wystąpieniu

................................................... dnia .................................r.

......................................................... ..........................................................

*pieczątka imienna pieczątka imienna*

*podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych*

**Pouczenie:**

*We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać* ***„Nie dotyczy”****.*

*W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać* ***„W załączeniu – załącznik nr ...”*** *czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.*