

# WNIOSEK

## o dofinansowanie ze środków PFRON projektu w ramach „Programu wyrównywania różnic między regionami III” w 2021 r.

### Pouczenie:

- 1) Realizatorem programu jest powiat golubsko-dobrzyński
- 2) We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „**Nie dotyczy**”.
- 3) Wniosek jest składany przez podmioty – projektodawców, które nie są jednostkami samorządu powiatowego
- 4) Wniosek należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie do 8 lutego 2021 r.

### Część 1 WNIOSKU: Dane i informacje o projektodawcy

#### 1. Nazwa i adres projektodawcy

Pełna nazwa: ..... ..... .....			
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Gmina	Powiat	Województwo	Imię i 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

<i>(pieczęćka imienna)</i>	<i>(pieczęćka imienna)</i>
podpis.....	podpis.....

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

Czy projektodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy projektodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
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: <input type="checkbox"/> nie: <input type="checkbox"/>
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: <input type="checkbox"/> nie: <input type="checkbox"/>	
podstawa prawna:.....	

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie (wypełnia PFRON)	Data uzupełnienia
		tak	nie		
1.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy Wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Projektodawcy				
2.	Zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników ( <b>wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku</b> ) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy				

3.	Dokumenty z Urzędu Skarbowego, gminy i innych powiatów - decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami ( <b>wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku</b> ) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy				
----	--	--	--	--	--

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

<p><i>pieczęć imienna, podpis pracownika PPCR</i></p> <p><i>data, podpis:</i></p>
---

**Część 2 WNIOSKU: Informacja o projektach****1. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru B programu:**

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu

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

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu

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

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu

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

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu

**Część 2B WNIOSKU: 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:

.....  
.....

Cel projektu: (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

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

Planowana liczba osób z niepełnosprawnościami, których dotyczy projekt: .....

W tym planowana liczba dzieci z niepełnosprawnościami: .....

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:

a) liczba osób z niepełnosprawnościami uczęszczających do środowiskowego domu samopomocy, którego dotyczy projekt lub liczba dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami 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 z niepełnosprawnościami poruszających się na wózkach inwalidzkich	<b>Osoby z niepełnosprawnościami ogółem</b>	<b>Osoby z niepełnosprawnościami do 18 roku życia</b>
b) liczba placówek edukacyjnych, urzędów lub środowiskowych domów samopomocy położonych na terenie powiatu, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie	<b>Pełnoletnie osoby z niepełnosprawnościami na wózkach</b>	<b>Osoby z niepełnosprawnościami do 18 roku życia na wózkach</b>
c) liczba placówek edukacyjnych, urzędów lub środowiskowych domów samopomocy położonych na terenie powiatu, kompleksowo dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie		

d) 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: .....

### 5. Informacje dotyczące pomocy publicznej

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

### 6. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2B Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie		
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: a) dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów, b) rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego i projektowanego do wykonania, c) dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu, d) pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów, e) zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów				
4.	f) Dokument potwierdzający rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku.				

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

<p><i>pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR</i></p>
<p><i>data, podpis:</i> <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></span></p>



**Część 2C WNIOSKU: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru C programu**

**UWAGA!**

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

**1. Opis projektu**

Nazwa projektu ( nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wystąpienia)

.....  
.....

Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnie socjalną osób prawnych

.....  
.....

Nazwa Projektodawcy .....

Adres(miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy)

.....  
.....

NIP ..... 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 naliczany

tak  nie

podstawa prawna: .....

Cel projektu ( w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):

.....  
.....

Planowana liczba osób z niepełnosprawnościami, których dotyczy projekt: .....

W tym planowana liczba dzieci z niepełnosprawnościami: .....

Nazwa zakładu spółdzielni socjalnej osób prawnych ( której utworzenie dotyczy projekt), w którym adaptowane są pomieszczenia i tworzone stanowiska pracy dla osób z niepełnosprawnościami

.....  
.....

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:

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 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 Wniosku**

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie (wypełnia PFRON)	Data uzupełnienia
		tak	nie		
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 cenę 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	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 Wniosku:***

*pieczęćka imienna, podpis pracownika PCPR*

*data, podpis:*

**Część 2D WNIOSKU: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru D programu**

**UWAGA!**

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

**1. Opis projektu**

Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):

.....  
.....

Cel projektu: (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

.....

Planowana liczba osób z niepełnosprawnościami, których dotyczy projekt: .....

W tym planowana liczba dzieci z niepełnosprawnościami: .....

Projekt dotyczy terenu: miejskiego ; wiejskiego ; miejsko-wiejskiego ;

Nazwa jednostki/ projektodawcy, który 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 z niepełnosprawnościami zawierające informacje o placówce służące rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami 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/gminy, która będzie korzystać z pojazdu: .....

.....

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 z niepełnosprawnościami**

(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

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok):

.....

Dostosować przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

.....

#### 6. Wartość wskaźników bazowych:

<p>a) liczba pojazdów (w rozbiciu na mikrobusy-pojazdy o liczbie miejsc 9 łącznie z kierowcą i autobusy) wykorzystywanych do przewozu osób z niepełnosprawnościami 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</p>	<p><b>Liczba mikrobusów ....., w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach .....</b></p> <p><b>Liczba autobusów ....., w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach .....</b></p>		
<p>b) liczba osób z niepełnosprawnościami, z wyodrębnieniem osób z niepełnosprawnościami 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</p>	<b>osoby niepełnosprawne</b>		
	<b>pełnoletnie</b>	<b>do 18 roku życia</b>	<b>łącznie</b>
<p>c) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób z niepełnosprawnościami, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie</p>	<b>pełnoletnie na wózkach</b>	<b>do 18 roku życia na wózkach</b>	<b>łącznie na wózkach</b>

d) liczba placówek służących rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami, których uczestnikom beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie	Placówki służące rehabilitacji
	Warsztaty terapii zajęciowej

### 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, przyręczone, 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 <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Planowana pomoc jest pomocą <i>de minimis</i>	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>



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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełnion o tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PCPR)</i>	
1.	Wykaz pojazdów(wraz z ofertami cenowymi), których zakupu lub przystosowania dotyczy projekt zawierający rodzaj pojazdu, ilość miejsc do przewozu osób z niepełnosprawnościami, w tym miejsc przystosowanych do kotwiczenia wózków inwalidzkich wraz z informacja o dodatkowym wyposażeniu (winda, najazdy) koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu				

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

*pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR*

*data, podpis:*

## Część 2F WNIOSKU: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru F programu

### **UWAGA!**

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

### **1. Przedmiot projektu**

Utworzenie warsztatu terapii zajęciowej	<input type="checkbox"/>
Remont lub modernizację warsztatu terapii zajęciowej	<input type="checkbox"/>

### **2. Opis projektu**

Nazwa projektu ( nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wystąpienia)

.....  
 .....

Nazwa Projektodawcy.....

Adres(miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy)

.....  
 .....

NIP ..... 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 naliczany

tak  nie

podstawa prawna: .....

Cel projektu ( w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):

.....  
 .....

Planowana liczba osób z niepełnosprawnościami, których dotyczy projekt: .....

w tym planowana liczba dzieci z niepełnosprawnościami: .....

Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie WTZ/ nazwa remontowanego lub modernizowanego WTZ:

.....  
.....

Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):

.....  
.....

NIP ..... Nr identyfikacyjny PFRON\* .....

\* należy wypełnić jeżeli posiada

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

.....  
.....

### 4. Harmonogram realizacji projektu

Rozpoczęcie realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok):

.....

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

.....

### 5. Wartość wskaźników bazowych:

- a) Liczba warsztatów terapii zajęciowej na terenie powiatu (według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie), w których zidentyfikowano ryzyko likwidacji miejsc dla osób z niepełnosprawnościami ze względu na degradację infrastruktury warsztatu\*

b) Wysokość środków przeznaczonych w planie Wnioskodawcy na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie	
c) Wysokość środków przeznaczonych w planie Wnioskodawcy na przeciwdziałanie degradacji infrastruktury istniejących warsztatów terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie*	

\* dotyczy projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej

## 6. 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, przyręczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): ..... zł słownie złotych: .....
D.	Inne środki PFRON ( np. przekazywane algorytmem) przeznaczone na realizację projektu: ..... słownie złotych: .....
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: ..... zł Słownie złotych:.....

## 7. Informacje dotyczące pomocy publicznej

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

**8. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2F Wniosku**

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PCPR)</i>	
1.	Dokumenty wymienione w § 3 ust.3 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 r. w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizację warsztatów terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji WTZ				

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

<i>pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR</i>
<i>data, podpis:</i>

### **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 środków 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 Wniosku zostały zweryfikowane pod względem formalnym i merytorycznym.

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

### **Uwaga!**

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuje o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku

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

.....

.....

*pieczętka imienna*

*pieczętka imienna*

*podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy 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.