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

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

Nr sprawy:

*Wypełnia PFRON*

## WNIOSEK

## o dofinansowanie ze środków PFRON projektów

## w ramach obszaru B, D i F „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

**Pouczenie:**

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

|  |
| --- |
| 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 Nazwisko osoby do kontaktu |
|  |  | |  |
| Nr telefonu osoby  do kontaktu | 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 zobowiązany 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 |
|  |  |
| Nazwa banku | Nr rachunku bankowego |
| 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 do wniosku** | | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PFRON)*** | |
| 1. | Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania Projektodawcy |  |  |  |  |
| 2. | Zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy |  |  |  |  |
| 3. | Dokumenty z Urzędu Skarbowego: decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność  z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy |  |  |  |  |
| 4. | 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 wniosku) |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR*

*data, podpis:*

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Nazwa projektu |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Nazwa projektu |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | 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 (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):  ....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... |
| Nazwa Jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego realizującej projekt  Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) .................................................................  Imię Nazwisko osoby do kontaktu ………………………. Nr telefonu osoby do kontaktu ……..……… NIP .......................... Nr identyfikacyjny PFRON ........................... \*  O ile dotyczy\* |
| Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):  ............................................................................................................................................................................................................................................................................. .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................... Projekt dotyczy terenu: miejskiego ; wiejskiego ; miejsko-wiejskiego ; |
| Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: …  w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: … |
| Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier oraz nazwa i adres jednostki organizacyjnej projektodawcy prowadzącej obiekt ..................................... ....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ................................................................................................................... .......................................................................................................................................  NIP .....................; REGON ......................; Nr identyfikacyjny PFRON\* ...................  \*należy wypełnić jeżeli posiada |

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

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

3. Harmonogram realizacji projektu

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

### 4. Wartość wskaźnika bazowego

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 do 18 roku życia na wózkach** |
|  |  |

**5. Koszt realizacji projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| A. | Łączny koszt realizacji projektu: ........................................................................... zł  słownie złotych: ................................................................................................... …………………………………………………………………………………………………… |
| B. | Własne środki 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. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wniosku** | | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PFRON)*** | |
| 1. | Wykaz robót budowlanych, ich opis  i koszt wraz z kosztorysami, wycenami  i ofertami (dwiema niezależnymi) |  |  |  |  |
| 2. | Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń oferty cenowe (dwie niezależne) |  |  |  |  |
| 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,  kopia pozwolenia na budowę – jeśli pozwolenie jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów,  zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów,  dokument potwierdzający rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku. |  |  |  |  |
| 4. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa  w rozdziale VII ust. 4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III” |  |  |  |  |
| 5. | Statut Jednostki ubiegającej się  o dofinansowanie |  |  |  |  |

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

*pieczątka 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):  ....................................................................................................................................... ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Nazwa Jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego realizującej projekt  Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) .................................................................  Imię Nazwisko osoby do kontaktu ………………………. Nr telefonu osoby do kontaktu ……..……… NIP .......................... Nr identyfikacyjny PFRON ........................... \*  O ile dotyczy\* |
| Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):  .............................................................................................................................................................................................................................................................................. .............................................................................................................................................................................................................................................................................. .............................................................................................................................................................................................................................................................................. .......................................................................................................................................  Projekt dotyczy terenu: miejskiego ; wiejskiego ; miejsko-wiejskiego ; |
| Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: …  w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: … |
| Nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem:  ....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ....................................................................................................................................... .......................................................................................................................................  NIP .........................; REGON ......................; Nr identyfikacyjny PFRON \* ........................;  \*należy wypełnić jeżeli posiada |

1. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu

|  |
| --- |
| w przypadku obszernego opisu – w załączeniu  Nazwa placówki służącej rehabilitacji / warsztatu terapii zajęciowej, która będzie korzystać z pojazdu: …................................................................................................................... ....................................................................................................................................... Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (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

|  |
| --- |
| Przewidywany czas rozpoczęcia 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 powiatowego lub wniosku  o dofinansowanie |  | | |
| 1. liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych / warsztatów terapii zajęciowej, 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. | Własne środki 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 ; |

**8. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wniosku** | | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PFRON)*** | |
| 1. | Wykaz pojazdów (wraz z dwiema niezależnymi ofertami cenowymi), 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”. |  |  |  |  |
| 3. | Aktualny wypis z KRS lub nr KRS oraz Statut Jednostki ubiegającej się o dofinansowanie |  |  |  |  |

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

*pieczątka 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 |  |
| Remont lub modernizację warsztatu terapii zajęciowej |  |

**2. Opis projektu**

|  |
| --- |
| Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):  ....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... |
| Nazwa Jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego realizującej projekt  Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) .................................................................  Imię Nazwisko osoby do kontaktu ………………………. Nr telefonu osoby do kontaktu ……..……… NIP .......................... Nr identyfikacyjny PFRON ........................... \*  O ile dotyczy\* |
| Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):  ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ..............................................................................................................................................................................................................................................................................  Projekt dotyczy terenu: miejskiego ; wiejskiego ; miejsko-wiejskiego ; |
| Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: …  w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: … |
| 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........................ REGON ...................... Nr identyfikacyjny PFRON\* ….....................  \*należy wypełnić jeżeli posiada |

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

|  |
| --- |
| (w przypadku remontu lub modernizacji warsztatu terapii zajęciowej należy opisać aktualny stan obiektu który ma być remontowany / modernizowany; w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)  ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .............................................................................................................................................................................................................................................................................. |

4. Harmonogram realizacji projektu

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

### 5. Wartość wskaźników bazowych

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 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 niepełnosprawnych ze względu na degradację infrastruktury warsztatu\* |  |
| 1. wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie |  |
| 1. wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu 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. | Własne środki 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. | Inne środki PFRON (np. przekazywane algorytmem) przeznaczone na realizację projektu: ............................................................................................................... zł  słownie złotych: ....................................................................................................... |
| E. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: ..................................... zł  słownie złotych: ....................................................................................................... |

**7. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| (w przypadku remontu lub modernizacji warsztatu terapii zajęciowej należy wskazać datę oraz zakres ostatniej modernizacji / remontu)  .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .............................................................................................................................................................................................................................................................................. ...................................................................................................................................... .............................................................................................................................................................................................................................................................................. |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wniosku** | | **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 -  w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizację warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji WTZ |  |  |  |  |
| 2. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 8 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”. |  |  |  |  |
| 3. | Statut Jednostki ubiegającej się  o dofinansowanie |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR*

*data, podpis:*

#### Oświadczenia

**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 wniosku.

**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 przyjętym Uchwałą nr XV/104/2015 Rady Powiatu w Krakowie z dnia 30 grudnia 2015r.

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuję o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku

................................................... 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.*