

Nr sprawy:

Wniosek
o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach
obszaru B, C, D, F i G
„Programu wyrównywania różnic między regionami III”

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.

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: _____
Numer telefonu osoby do kontaktu: _____
Adres www: _____
e-mail: _____
adres skrzynki e-doręczeń: _____
Numer identyfikacyjny NIP: _____
Numer identyfikacyjny REGON: _____
Numer KRS _____
Numer identyfikacyjny PFRON: _____

2. Osoby uprawnione do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych:

Imię, nazwisko, funkcja: _____

Imię, nazwisko, funkcja: _____

3. Załączniki (dokumenty) wymagane do Wniosku

4. Uwaga: Kolumny **Uzupełniono** i **Data uzupełnienia** (z szarym tłem) wypełnia
Powiat

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia (wpisz Tak/Nie)	Uzupełniono (wpisz Tak/Nie)	Data uzupełnienia
1.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy Wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania projektodawcy			
2.	Oświadczenie dotyczące projektodawcy i jednostek organizacyjnych projektodawcy, których dotyczy Wniosek o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników			
3.	Oświadczenie dotyczące projektodawcy i jednostek organizacyjnych projektodawcy, których dotyczy Wniosek o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wniosku:

podpis pracownika i data

Część 2 Wniosku: Informacje o projektach

1. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez projektodawcę w ramach obszaru B programu (część 2B Wniosku):

Lp.	Nazwa Projektu

2. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez projektodawcę w ramach obszaru C programu (część 2C Wniosku):

Lp.	Nazwa Projektu

**3. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez projektodawcę
w ramach obszaru D programu (część 2D Wniosku):**

Lp.	Nazwa Projektu

**4. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez projektodawcę
w ramach obszaru F programu (część 2F Wniosku):**

Lp.	Nazwa Projektu

**5. Projekt planowany do realizacji przez projektodawcę w ramach obszaru G
programu (część 2G Wniosku):**

Nazwa Projektu

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

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

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

- 2) Nazwa Projektodawcy:

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

- 4) NIP: _____ ; Nr identyfikacyjny PFRON: _____ ;

- 5) Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:

- 6) Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe)

Podstawa prawna:

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

- 8) Planowana liczba osób z niepełnosprawnościami, których dotyczy projekt:

w tym planowana liczba dzieci z niepełnosprawnościami:

- 9) Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier, data budowy obiektu i data oddania do użytkowania:

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

11) NIP: _____

12) 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 wskaźników bazowych

Liczba osób z niepełnosprawnościami uczęszczających do środowiskowego domu samopomocy, centrum integracji społecznej lub klubu integracji społecznej, 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 wniosku o dofinansowanie.

1) Niepełnosprawni ogółem: _____

2) Niepełnosprawni do 18 roku życia: _____

5. Koszt realizacji projektu

1) Łączny koszt realizacji projektu: _____ zł,
słownie złotych: _____

2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu: _____ zł,
słownie złotych: _____

3) Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON):

zł, słownie złotych:

4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:

6. Informacja o VAT

Projektodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: Tak/Nie (wybrać odpowiednio). Podstawa prawna: _____

7. Informacje uzupełniające

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

9. Uwaga: Kolumny **Uzupełniono** i **Data uzupełnienia** (z szarym tłem) wypełnia Powiat

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia (wpisz Tak/Nie)	Uzupełniono (wpisz Tak/Nie)	Data uzupełnienia
1.	Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami 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.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do budynku			
4.	Pozwolenie na budowę (jeśli dotyczy)			
5.	Opinia wystawiona przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane o jakich mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1-2 ustawy Prawo budowlane, o spełnianiu przez projekt warunków, o których mowa w rozdziale I ust. 3 (Załącznika nr 1 do Procedury)			
6.	Kopia dokumentu potwierdzającego rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku			
7.	O ile dotyczy: oświadczenie, że projekt będzie wykonywany w placówce edukacyjnej działającej zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 roku Prawo oświatowe			

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia (wpisz Tak/Nie)	Uzupełniono (wpisz Tak/Nie)	Data uzupełnienia
8	O ile dotyczy: oświadczenie, że projekt dotyczący biblioteki publicznej będzie wykonywany w budynku należącym do gminy lub powiatu			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wniosku:

podpis pracownika i data

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

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

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

- 2) Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych:

- 3) Nazwa Projektodawcy:

- 4) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy):

- 5) NIP: _____

- 6) Nr identyfikacyjny PFRON: _____

- 7) Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:

- 8) Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe)

Podstawa prawna:

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

- 10) Planowana liczba osób z niepełnosprawnościami, których dotyczy projekt:

- 11) Nazwa zakładu spółdzielni socjalnej osób prawnych (której utworzenia dotyczy projekt), w którym adaptowane są pomieszczenia i tworzone stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych:

- 12) 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

Przewidywany czas rozpoczęcia 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 wniosku o dofinansowanie:

5. Koszt realizacji projektu

- 1) Łączny koszt realizacji projektu: _____ zł,
słownie złotych: _____
- 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu: _____ zł,
słownie złotych: _____
- 3) Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyręczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): _____ zł,
słownie złotych: _____

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”
4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: _____ zł,
słownie złotych: _____

6. Informacja o VAT

Projektodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: Tak/Nie (wybrać odpowiednio). Podstawa prawna: _____

7. Informacje uzupełniające

8. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2C Wniosku

Uwaga: Kolumny **Uzupełniono** i **Data uzupełnienia** (z szarym tłem) wypełnia Powiat

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia (wpisz Tak/Nie)	Uzupełniono (wpisz Tak/Nie)	Data uzupełnienia
1.	Porozumienie intencyjne w sprawie utworzenia spółdzielni socjalnej osób prawnych			
2.	Wykaz robót adaptacyjnych dotyczących obiektu spółdzielni, ich opis i koszt, wraz z kopiami 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.	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:

podpis pracownika i data

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

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

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

- 2) Nazwa Projektodawcy:

- 3) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy):

- 4) NIP: _____;

- 5) Nr identyfikacyjny PFRON: _____;

- 6) Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:

- 7) Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe)
Podstawa prawna:

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

- 9) Planowana liczba osób z niepełnosprawnościami, których dotyczy projekt: __ ,
w tym planowana liczba dzieci z niepełnosprawnościami: ____ .

- 10) Nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem:

- 11) Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):

12) NIP (należy wypełnić, jeżeli posiada): _____

13) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić, jeżeli posiada): _____

2. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

1) Nazwa placówki służącej rehabilitacji / warsztatu terapii zajęciowej / gminy lub powiatu, która będzie korzystać z pojazdu:

2) Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (dzień/miesiąc/rok):

3) Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):

4) NIP (należy wypełnić jeżeli posiada): _____

5) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić jeżeli posiada): _____

6) 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):

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 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 wniosku o dofinansowanie:
 - a) Liczba mikrobusów: _____, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: _____;
 - b) Liczba autobusów: _____, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: _____.
- 2) liczba osób z niepełnosprawnościami, z wyodrębnieniem osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich, którym beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie:
 - a) Osoby z niepełnosprawnościami łącznie: ____, w tym osoby pełnoletnie: _____
i osoby do 18 roku życia: _____;
 - b) Osoby z niepełnosprawnościami na wózkach łącznie: ____, w tym osoby pełnoletnie na wózkach: _____ i osoby do 18 roku życia na wózkach: _____
- 3) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób z niepełnosprawnościami, w roku złożenia wniosku o dofinansowanie:

- 4) 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 wniosku o dofinansowanie:
 - a) Placówki służące rehabilitacji: _____
 - b) Warsztaty terapii zajęciowej: _____

7. Koszt realizacji projektu

- 1) łączny koszt realizacji projektu: _____ zł,
słownie złotych: _____
- 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu: _____ zł,
słownie złotych: _____

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

- 3) Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): _____ zł,
słownie złotych: _____
- 4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: _____ zł,
słownie złotych: _____

8. Informacja o VAT

Projektodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: Tak/Nie (wybrać odpowiednio). Podstawa prawna: _____

9. Informacje uzupełniające

10. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2D Wniosku

Uwaga: Kolumny **Uzupełniono** i **Data uzupełnienia** (z szarym tłem) wypełnia Powiat

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia (wpisz Tak/Nie)	Uzupełniono (wpisz Tak/Nie)	Data uzupełnienia
1.	Wykaz pojazdów (wraz z kopiami ofert cenowych), 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 informacją o dodatkowym wyposażeniu (windy, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wniosku:

podpis pracownika i data

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”
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

- 1) Utworzenie warsztatu terapii zajęciowej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 2) Remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej: Tak/Nie (wybierz właściwe).

2. Opis projektu

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

- 2) Nazwa Projektodawcy:

- 3) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy):

- 4) NIP: _____;

- 5) Nr identyfikacyjny PFRON: _____;

- 6) Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe);

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:

- 7) Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe);

Podstawa prawna: _____

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

- 9) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: _____, w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: ____

- 10) Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie WTZ / nazwa remontowanego lub modernizowanego WTZ, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej:

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

- 12) NIP: _____

- 13) 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

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

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

5. Wartość wskaźników bazowych

- 1) Liczba warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowych domów samopomocy i zakładów aktywności zawodowej na terenie powiatu (według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie, w których zidentyfikowano ryzyko likwidacji miejsc dla osób niepełnosprawnych ze względu na degradację infrastruktury warsztatu (dotyczy projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej):
- 2) Wysokość środków przeznaczonych w planie projektodawcy na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok złożenia wniosku o dofinansowanie:
- 3) Wysokość środków przeznaczonych w planie projektodawcy na przeciwdziałanie degradacji infrastruktury istniejących warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowych domów samopomocy i zakładów aktywności zawodowej na rok

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”
złożenia wniosku o dofinansowanie (dotyczy projektów, których przedmiotem jest
remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, środowiskowego domu
samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej):

6. Koszt realizacji projektu

- 1) Łączny koszt realizacji projektu:

zł, słownie złotych:

- 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu:

zł, słownie złotych:

- 3) Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyręczone, gwarancje –
z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON):

zł, słownie złotych:

- 4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:

zł, słownie złotych:

7. Informacja o VAT

Projektodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych
w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: Tak/Nie (wybrać
odpowiednio). Podstawa prawna: _____

8. Informacje uzupełniające

9. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2F Wniosku

Uwaga: Kolumny **Uzupełniono** i **Data uzupełnienia** (z szarym tłem) wypełnia Powiat

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia (wpisz Tak/Nie)	Uzupełniono (wpisz Tak/Nie)	Data uzupełnienia
1.	W przypadku projektów, których przedmiotem jest utworzenie warsztatu terapii zajęciowej: dokumenty o których mowa w paragrafie 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marce 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej			
2.	Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert – przypadku projektów których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji tworzonego lub istniejącego WTZ (jeżeli dotyczy)			
3.	Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert – w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja środowiskowego domu samopomocy, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji środowiskowego domu samopomocy (jeżeli dotyczy)			
4.	Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert – w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja zakładu aktywności zawodowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji zakładu aktywności zawodowej (jeżeli dotyczy):			
5.	Wykaz wyposażenia, urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz kopie ofert cenowych			
6.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do budynku			
7.	Pozwolenie na budowę (jeśli dotyczy)			
8.	Opinia wystawiona przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane o jakich mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1-2 ustawy Prawo budowlane, o spełnianiu przez projekt warunków, o których mowa w rozdziale I ust. 3 Załącznika nr 1 do Procedury			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wniosku

podpis pracownika i data

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”
**Część 2G Wniosku: Informacje o projektach planowanych do realizacji
w ramach obszaru G programu**

1. Opis projektu

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

- 2) Nazwa Jednostki samorządu powiatowego realizującej obszar G:

- 3) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy):

- 4) NIP: _____;

- 5) Nr identyfikacyjny PFRON: _____;

- 6) Imię, nazwisko i numer telefonu osoby do kontaktu:

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

- 8) Planowana liczba osób z niepełnosprawnościami, których dotyczy projekt: __ ,
w tym planowana liczba dzieci z niepełnosprawnościami: _____ .

- 9) Uzasadnienie potrzeby skierowania do powiatu dodatkowych środków na zadania
dotyczące aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami zawierające
informację o planowanym sposobie ich wydatkowania (w przypadku obszernego
opisu – w załączeniu)

**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 wskaźników bazowych

- 1) liczba osób niepełnosprawnych zarejestrowanych jako bezrobotne lub poszukujące pracy na terenie powiatu, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia przez samorząd powiatowy wniosku o dofinansowanie,
- 2) wysokość środków zaplanowanych przez powiat na zadania dotyczące aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych, na rok złożenia wniosku o dofinansowanie.

5. Koszt realizacji projektu

- 1) Środki PFRON przekazywane algorytmem zabezpieczone w planie finansowym powiatu na realizację zadań dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w roku realizacji projektu: _____ zł,
słownie złotych: _____
- 2) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: _____ zł,
słownie złotych: _____
- 3) Wnioskowana kwota na obsługę (2,5% od kwoty w pkt 2): _____ zł,
słownie złotych: _____

6. Informacje uzupełniające

7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2G Wniosku

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia (wpisz Tak/Nie)	Uzupełniono (wpisz Tak/Nie)	Data uzupełnienia
1.	Dokument potwierdzający wysokość środków algorytmu zabezpieczonych w planie finansowym powiatu na realizację zadań własnych dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2G Wniosku:

podpis pracownika i data

Oświadczenia Projektodawcy

1. **Oświadczam**, że podane we Wniosku informacje są zgodne z prawdą.
2. **Oświadczam**, że znane są mi zapisy programu i procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”.
3. **Oświadczam**, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego Wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wniosku.
4. **Oświadczam**, że koszty realizacji projektów wyszczególnionych w części 2B, 2C, 2F Wniosku, o jakie wnioskuję Jednostka samorządu dotyczą wyłącznie likwidacji barier i zwiększeniu dostępności obiektów budowlanych (jeśli dotyczy).
5. **Oświadczam**, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wniosku zostały zweryfikowane pod względem formalnym i merytorycznym.

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuję o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym Wniosku.

(miejscowość i data)

Podpis

Podpis

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych