Wniosek złożono w _____
w dniu _____

Nr sprawy:

_____
(Wypełnia Realizator)

Wniosek
o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach obszaru B, C, D, F
„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

1) Pełnomocnictwo lub inny dokument potwierdzający uprawnienia Projektodawcy do zaciągania zobowiązań finansowych:
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
2) Oświadczenie dotyczące Projektodawcy i Beneficjentów pomocy, których dotyczy Wniosek o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników:
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
3) Oświadczenie dotyczące Projektodawcy i Beneficjentów pomocy, których dotyczy Wniosek o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków:
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wniosku:

_____
podpis pracownika Realizatora 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

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 wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie, z wyszczególnieniem dzieci i młodzieży oraz osób z niepełnosprawnościami poruszających się na wózkach inwalidzkich.

1) Niepełnosprawni ogółem: _____
2) Niepełnosprawni do 18 roku życia: _____
3) Niepełnosprawni pełnoletni na wózkach: _____
4) Niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach: _____

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: _____ zł, słownie złotych: _____

6. Informacja o VAT

Wnioskodawca 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 dotyczące pomocy publicznej

1) Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
2) Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
3) Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
4) Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
5) Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe).

8. Informacje uzupełniające

_____
_____
_____
_____
_____

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

1) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kosztorysami, wycenami i ofertami:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia Realizator
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____

2) Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń oferty cenowe:
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
3) Dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów:
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
4) Rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego i projektowanego do wykonania – o ile dotyczy:
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
5) Dokument potwierdzający tytuł prawny do budynku
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
6) Pozwolenie na budowę (jeśli dotyczy)
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
7) Zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów:
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
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 Procedur realizacji
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____

9) Kopia dokumentu potwierdzającego rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku:
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
10) O ile dotyczy: oświadczenie, że projekt będzie wykonywany w placówce edukacyjnej działającej zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 oku Prawo oświatowe: Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
11) O ile dotyczy: oświadczenie, że projekt dotyczący biblioteki publicznej będzie wykonywany w budynku należącym do gminy: Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia:

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wniosku:

_____
podpis pracownika Realizatora i data

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 z niepełnosprawnościami:
_____
_____
_____

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 wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub 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, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): _____ zł, słownie złotych: _____
4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: _____ zł, słownie złotych: _____

6. Informacja o VAT

Wnioskodawca 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 dotyczące pomocy publicznej

1) Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
2) Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
3) Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
4) Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
5) Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe).

8. Informacje uzupełniające

_____
_____
_____
_____
_____

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

1) Porozumienie intencyjne w sprawie utworzenia spółdzielni socjalnej osób prawnych:
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
2) Wykaz robót adaptacyjnych dotyczących obiektu spółdzielni, ich opis i koszt, wraz z kosztorysem, wycenami i ofertami:
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia Realizator
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____

3) Dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysu:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia Realizator
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
4) Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia Realizator
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
5) Zgoda właściciela budynku na realizację zadań będących przedmiotem projektu (jeśli dotyczy)
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia Realizator
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
6) Pozwolenie na budowę (jeśli dotyczy)
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia Realizator
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
7) 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 Procedur realizacji
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia Realizator
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
8) Wykaz urządzeń i sprzętu dotyczącego adaptacji obiektu spółdzielni wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń oferty cenowe:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia Realizator
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
9) Wykaz wyposażenia spółdzielni, specyfikację niezbędnego wyposażenia oraz koszt:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia Realizator

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____

10) Wykaz stanowisk pracy tworzonych w ramach projektu w spółdzielni, zawierający nazwę stanowiska, specyfikację niezbędnego wyposażenia stanowiska wraz z ofertami cenowymi oraz koszt wyposażenia stanowiska:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia Realizator
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2C Wniosku:

_____
podpis pracownika Realizatora i data

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, która będzie korzystać z pojazdu:

   _____

   _____

2) Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób z niepełnosprawnościami (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 prowadzonej działalności na rzecz osób z niepełnosprawnościami

_____

_____

_____

4. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób z niepełnosprawnościami

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

_____

_____

_____

_____

_____

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

_____
_____
_____
_____
_____

6. Harmonogram realizacji projektu

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

_____

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

_____

7. 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 wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub 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 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:
   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 wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie:

_____

4) liczba placówek służących rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami / 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:
   a) Placówki służące rehabilitacji: _____
   b) Warsztaty terapii zajęciowej: _____

8. 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: _____ zł, słownie złotych: _____

9. Informacja o VAT

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

10. Informacje dotyczące pomocy publicznej

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);

1) Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
2) Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
3) Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
4) Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe).

11. Informacje uzupełniające

_____

_____

_____
_____
_____

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

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 informacja o dodatkowym wyposażeniu (winda, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia Realizator
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wniosku:

_____
podpis pracownika Realizatora i data

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 z niepełnosprawnościami, których dotyczy projekt: _____, w tym planowana liczba dzieci z niepełnosprawnościami: _____
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 wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego o uczestnictwo w programie lub wniosku o dofinasowanie), w których zidentyfikowano ryzyko likwidacji miejsc dla osób z niepełnosprawnościami ze względu na degradację infrastruktury warsztatu (dotyczy projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej):

   _____

2) Wysokość środków przeznaczonych w planie jednostki samorządu terytorialnego programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego o uczestnictwo w programie lub wniosku o dofinansowanie:

   _____

3) Wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na przeciwdziałanie degradacji infrastruktury istniejących warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowych domów samopomocy i zakładów aktywności zawodowej na rok wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego o uczestnictwo w programie lub 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, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): _____
   zł, słownie złotych: _____
4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: _____
   zł, słownie złotych: _____

7. Informacja o VAT

Wnioskodawca 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 dotyczące pomocy publicznej

1) Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
2) Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
3) Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
4) Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);

5) Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe).

9. Informacje uzupełniające

_____
_____
_____
_____
_____

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

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
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
2) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kosztorysami, wycenami i ofertami – w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji tworzonego lub istniejącego WTZ (jeżeli dotyczy):
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
3) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kosztorysami, wycenami i ofertami – w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja środowiskowego domu samopomocy, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji środowiskowego domu samopomocy (jeżeli dotyczy):
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
4) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kosztorysami, wycenami i ofertami – w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja zakładu aktywności zawodowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji zakładu aktywności zawodowej (jeżeli dotyczy):
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

5) Wykaz wyposażenia, urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz kopie ofert cenowych:
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
6) Dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów:
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
7) Rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego i projektowanego do wykonania – o ile dotyczy:
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
8) Dokument potwierdzający tytuł prawny do budynku
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
9) Pozwolenie na budowę (jeśli dotyczy)
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia Realizator
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
10) 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
    Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
11) **Wypełnia Realizator**
    Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
    Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wniosku:

_____

podpis pracownika Realizatora 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 na dzień sporządzenia Wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON.
5. **Oświadczam**, że koszty realizacji projektów wyszczególnionych w części 2B, 2C, 2F Wniosku, o jakie wnioskuje Projektodawca dotyczą wyłącznie likwidacji barier i zwiększeniu dostępności obiektów budowlanych (jeśli dotyczy).
6. **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