

Wniosek złożono
w PFRON
w dniu

Nr sprawy:

Wypełnia PFRON

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach obszaru D „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	Nr fax	adres http://www	e-mail

2. Osoby uprawnione do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

(pieczęćka imienna)	(pieczęćka imienna)
podpis	podpis

3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON

Czy Projektodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy Projektodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Numer identyfikacyjny PFRON		
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku zł	

4. Informacje o Projektodawcy

REGON	Nr identyfikacyjny NIP
Czy Projektodawca jest podatnikiem VAT:	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT	
Wnioskodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
podstawa prawna:	

5. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON (za okres ostatnich 3 lat)

Czy Projektodawca korzystał ze środków PFRON		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	
Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

6. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	Aktualny samorządowy program działań na rzecz osób niepełnosprawnych, lub wyciąg z programu samorządowego, wskazujący na zgodność zgłoszonych projektów z celami założonymi w samorządowym programie działań na rzecz osób niepełnosprawnych				
2.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Projektodawcy				
3.	Zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wystąpienia) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy wraz z oświadczeniem, że na dzień składania wniosku projektodawca nie ma zaległości w składkach na ubezpieczenie społeczne za zatrudnionych pracowników.				
4.	Dokumenty z Urzędu Skarbowego: decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wystąpienia) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy wraz z oświadczeniem, że na dzień składania wniosku projektodawca nie posiada zaległości podatkowych w stosunku do Urzędu Skarbowego.				
5.	Wydane przez bank (banki) zaświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego (rachunków bankowych), wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wystąpienia)				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wniosku:

pieczęćka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

**Część 2 WNIOSKU:
Informacje o projektach**

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

L.p.	Nazwa projektu

**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 Wystąpienia):

.....
.....

Nazwa Projektodawcy:.....

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

NIP; REGON; Nr identyfikacyjny PFRON

Czy projektodawca jest podatnikiem VAT tak nie

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT

Wnioskodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak: nie:

podstawa prawna:.....

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

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

Nazwa jednostki organizacyjnej projektodawcy, która będzie dysponować pojazdem

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

NIP.....*; REGON*; Nr identyfikacyjny PFRON*

*należy wypełnić jeżeli posiada

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

w przypadku obszernego opisu – w załączeniu

Nazwa placówki służącej rehabilitacji/warsztatu terapii zajęciowej:.....

Data rozpoczęcia działalności (dzień/ miesiąc/rok):.....

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

NIP.....*; REGON*; Nr identyfikacyjny PFRON*

*należy wypełnić jeżeli posiada

Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Harmonogram realizacji projektu

Rozpoczęcie realizacji projektu (*dzień, miesiąc, rok*):

.....

Przewidywany czas realizacji (*w miesiącach*):

.....

.....

6. Wartość wskaźników bazowych:

<p>a) 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</p>	<p>Liczba mikrobusów , w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach Liczba autobusów w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach</p>															
<p>b) 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</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">osoby niepełnosprawne</th> </tr> <tr> <th>pełnoletnie</th> <th>do 18 roku życia</th> <th>łącznie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <th>pełnoletnie na wózkach</th> <th>do18 roku życia na wózkach</th> <th>łącznie na wózkach</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	osoby niepełnosprawne			pełnoletnie	do 18 roku życia	łącznie				pełnoletnie na wózkach	do18 roku życia na wózkach	łącznie na wózkach			
osoby niepełnosprawne																
pełnoletnie	do 18 roku życia	łącznie														
pełnoletnie na wózkach	do18 roku życia na wózkach	łącznie na wózkach														
<p>c) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie</p>																

d) liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych, których uczestnikom beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie	
---	--

7. Koszt realizacji projektu

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

8. Informacje dotyczące pomocy publicznej

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej tak nie

Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą tak nie ;

Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej tak nie ;

Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE tak nie ;

Planowana pomoc jest pomocą *de minimis* tak nie ;

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	Wykaz pojazdów, których zakupu lub przystosowania dotyczy projekt zawierający rodzaj pojazdu, ilość miejsc do przewozu osób niepełnosprawnych, w tym miejsc przystosowanych do kotwiczenia wózków inwalidzkich wraz z informacją o dodatkowym wyposażeniu (windy, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu				
2.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie				
3.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 6 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”.				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wniosku:

pieczętka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

Oświadczenia Projektodawcy

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

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

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

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wniosuję o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku

..... dnia r.

.....

pieczęćka imienna

.....

pieczęćka 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.*