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**

|  |  |
| --- | --- |
| *(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 |
| 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. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON (za okres ostatnich 3 lat)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy Projektodawca korzystał ze środków PFRON tak nie | | | | |
| 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** | ***(wypełnia PFRON)*** | |
| 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 upełnomocnione do reprezentowania Projektodawcy |  |  |  |  |
| 3. | Oświadczenie dotyczące Projektodawcy  o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenie społeczne za zatrudnionych pracowników |  |  |  |  |
| 4. | Oświadczenie dotyczące Projektodawcy o niezaleganiu z podatkami lub ewentualnym zwolnieniu z podatków |  |  |  |  |
| 5. | Aktualny dokument potwierdzający status prawny projektodawcy |  |  |  |  |

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

*pieczątka 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)  .............................................................................................................................................................................................................................................................................  Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: …  w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: … |
| 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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. | Środki własne Projektodawcy przeznaczone na realizację projektu: .........................zł  słownie złotych: ........................................................................................................ |
| C. | Inne źródła finansowania ogółem *(środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje –*  *z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON)*: ........................................................zł  słownie złotych: ........................................................................................................ ................................................................................................................................. |
| D. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .......................................zł  słownie złotych: ........................................................................................................ ................................................................................................................................. |

**8. Informacje uzupełniające**

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

**9. Informacje dotyczące pomocy publicznej**

|  |
| --- |
| Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2007 r. Nr 59 poz. 404 z późn. zm.) 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 |

**10. 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 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. 4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III” |  |  |  |  |

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

*pieczątka 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.

**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.*