Wniosek złożono
w ............................................. PFRON

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

Nr sprawy:

 *Wypełnia PFRON*

## WNIOSEK

## o dofinansowanie ze środków PFRON projektów

## w ramach obszaru F„Programu wyrównywania różnic między regionami III”

**Pouczenie:**

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

|  |
| --- |
| Część 1 WNIOSKU: Dane i informacje o Projektodawcy |

**1. Nazwa i adres Projektodawcy**

|  |
| --- |
| Pełna nazwa: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |
|  |  |  |  |
| Miejscowość | Ulica | Nr posesji | Kod pocztowy |
|  |  |  |  |
| Gmina  | Powiat  | Województwo | Imię Nazwisko osoby do kontaktu |
|  |  |  |  |
| Nr telefonu osoby do kontaktu | 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 F programu:

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | Nazwa projektu |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Część 2F WNIOSKU: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru F programu |

**UWAGA!**

W przypadku większej ilości projektów zgłoszonych w części 2 Wniosku, **część 2F** Wniosku należy skopiować i wypełnić dla każdego projektu oddzielnie

1. **Przedmiot projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| Utworzenie warsztatu terapii zajęciowej |  |
| Remont lub modernizację warsztatu terapii zajęciowej |  |

**2. Opis projektu**

|  |
| --- |
| Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 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 obiektu, w którym organizowany będzie WTZ / nazwa remontowanego lub modernizowanego WTZ: ………............................................................................................................................ ...................................................................................................................................... Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ................................................................................................................... .......................................................................................................................................NIP........................ Nr identyfikacyjny PFRON\* …..................... \*należy wypełnić jeżeli posiada |

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

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

4. Harmonogram realizacji projektu

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

### 5. Wartość wskaźników bazowych

|  |  |
| --- | --- |
| 1. liczba warsztatów terapii zajęciowej na terenie powiatu (według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie), w których zidentyfikowano ryzyko likwidacji miejsc dla osób niepełnosprawnych ze względu na degradację infrastruktury warsztatu\*
 |  |
| 1. wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie
 |  |
| 1. wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na przeciwdziałanie degradacji infrastruktury istniejących warsztatów terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie\*
 |  |

\* dotyczy projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej

**6. Koszt realizacji projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| A. | Łączny koszt realizacji projektu: .............................................................................złsłownie złotych: ........................................................................................................ ................................................................................................................................. |
| B. | Środki własne Projektodawcy przeznaczone na realizację projektu: .........................złsłownie złotych: ........................................................................................................ ................................................................................................................................. |
| C. | Inne źródła finansowania ogółem *(środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje –* *z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON)*: ........................................................złsłownie złotych: ........................................................................................................ ................................................................................................................................. |
| D. | Środki PFRON przekazywane algorytmem przeznaczone na realizację projektusłownie złotych .......................................................................................................................................................................................................................................  |
| E. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .......................................złsłownie złotych: ........................................................................................................ ................................................................................................................................. |

**7. Informacje uzupełniające**

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

**8. 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  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wniosku** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PFRON)*** |
| 1. | Dokumenty wymienione w § 3 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 roku w sprawie warsztatów terapii zajęciowej - w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizację warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji WTZ |  |  |  |  |
| 2. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III” |  |  |  |  |

***Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F 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.*