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: .............................................................................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. | Środki PFRON przekazywane algorytmem przeznaczone na realizację projektu słownie złotych ......................................................................................................  ................................................................................................................................. |
| E. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .......................................zł  słownie 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 (Dz. U. z 2021 r. poz. 743 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. 8 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.*