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 **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. 6 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.*