## WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach programu pn. „Program wyrównywania różnic między regionami III”**

 **/OBSZAR F/**

**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 | adres http://www | e-mail |

2. Osoby uprawnione do reprezentacji projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczątka imienna)*podpis ............................................................ | *(pieczątka imienna)*podpis ............................................................ |

**3. Informacje o projektodawcy**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Nr identyfikacyjny NIP | Numer identyfikacyjny PFRON |
| Czy Jednostka samorządu 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: .......................................................................................................... |

 **Załączniki (dokumenty) wymagane do Wniosku**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa załącznika | Załączono | Uzupełniono tak/nie | Data uzupełnienia |
| tak | nie | *(wypełnia UMT)* |
| 1. | Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania projektodawcy |  |  |  |  |
| 2.  | Aktualny dokument potwierdzający status prawny Projektodawcy /np. odpis z KRS, statut/. |  |  |  |  |
| 3. | Oświadczenie dotyczące powiatu, starostwa powiatowego i jednostek organizacyjnych powiatu, których dotyczy wystąpienie o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników |  |  |  |  |
| 4. | Oświadczenie dotyczące powiatu, starostwa powiatowego i jednostek organizacyjnych powiatu, których dotyczy wystąpienie o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków |  |  |  |  |
| 5. | Oświadczenie o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i zaległości w obowiązkowych opłatach na PFRON |  |  |  |  |
| 6. | Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu lub lokalu, w którym funkcjonuje WTZ |  |  |  |  |
| 7. | Dokumentacja projektowa w przypadku modernizacji lub rozbudowy obiektu, tj. - projekt budowlany jednoznacznie określający zakres robót będących przedmiotem wniosku - rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego oraz projektowanego do wykonania |  |  |  |  |
| 8. | Kopia pozwolenie na budowę - w przypadkach wymaganych na podstawie odrębnych przepisów lub kopia zgłoszenia określonego w przepisach prawa budowlanego. |  |  |  |  |
| 9. | Zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu - jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów. |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika*

 *data, podpis:*

|  |
| --- |
| **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 Wniosku):....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... |
| Nazwa Jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego realizującej projektAdres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) ................................................................. Imię Nazwisko osoby do kontaktu ………………………. Nr telefonu osoby do kontaktu ……..……… NIP .......................... Nr identyfikacyjny PFRON ........................... \*O ile dotyczy\* |
| 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**

|  |
| --- |
| Przewidywany czas rozpoczęcia 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. | Własne środki przeznaczone na realizację projektu: .............................................. złsłownie złotych: .......................................................................................................  |
| C. | Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje– z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): .............................................................................. złsłownie złotych: ......................................................................................................  |
| D. | Inne środki PFRON (np. przekazywane algorytmem) przeznaczone na realizację projektu: ............................................................................................................... złsłownie 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. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2F Wniosku**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PFRON)*** |
| 1. | Wykaz robót budowlanych w zakresie remontu lub modernizacji, ich opis i koszt wraz z kopiami kosztorysów, wycen i ofert. |  |  |  |  |
| 2. | Wykaz wyposażenia wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego wyposażenia oferty cenowe |  |  |  |  |
| 3. | Informacja o planowanych wartościach wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu) dotyczących projektu |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika*

 *data, podpis:*

**Oświadczenia projektodawcy**

**Oświadczam**, że podane w 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.

**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 i zaciągania zobowiązań finansowych*

**Pouczenie:**

*W Wystąpieniu należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać* ***„Nie dotyczy”****.*

*W przypadku, gdy w formularzu Wystąpienia 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.*