

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach obszaru B, C, D, F i G „Programu wyrównywania różnic między regionami III” w 2025 roku

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.

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 i nazwisko osoby do kontaktu: _____

Numer telefonu osoby do kontaktu: _____

Adres www: _____

e-mail: _____

Numer identyfikacyjny NIP: _____

Numer identyfikacyjny REGON: _____

Numer KRS _____

Numer identyfikacyjny PFRON: _____

2. Osoby uprawnione do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych:

Imię, nazwisko, funkcja: _____

Imię, nazwisko, funkcja: _____

3. Załączniki (dokumenty) wymagane do Wniosku

- 1) Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Projektodawcy:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR w Sieradzu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 2) Pełnomocnictwo lub inny dokument potwierdzający uprawnienia projektodawcy do zaciągania zobowiązań finansowych:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR w Sieradzu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 3) Oświadczenie o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR w Sieradzu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 4) Zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku):
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR w Sieradzu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 5) Dokumenty z Urzędu Skarbowego: decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku):
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR w Sieradzu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 6) Wydane przez bank (banki) zaświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego (rachunków bankowych), wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku):
Wypełnia PCPR w Sieradzu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 7) Aktualny dokument potwierdzający status prawny projektodawcy i jednostki, której dotyczy wniosek:
Wypełnia PCPR w Sieradzu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____

- 8) Projektodawcy prowadzący działalność gospodarczą, ubiegający się o pomoc de minimis zobowiązani są do przedstawienia:
- a) informacji o otrzymanej pomocy de minimis (zł) i (EUR) w roku złożenia wniosku, wg stanu na dzień poprzedzający złożenie wniosku wraz z trzema poprzednimi latami bilansowymi lub oświadczenia o nie otrzymaniu takiej pomocy
 - b) kwot (zł) i przeznaczenia innej pomocy w zakresie tych samych kosztów kwalifikowalnych, których dotyczy składany wniosek w roku złożenia wniosku wg stanu na dzień poprzedzający złożenie wniosku wraz z trzema poprzednimi latami bilansowanymi lub oświadczenia o nie otrzymaniu takiej pomocy
 - c) w przypadku otrzymania pomocy, o której mowa w pkt 2 – oświadczenia, że otrzymanie aktualnie wnioskowanej pomocy de minimis nie spowoduje przekroczenia maksymalnej intensywności określonej dla innego rodzaju pomocy w zakresie tych samych kosztów kwalifikowanych
 - d) oświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej w sektorze transportu, jeżeli taki przypadek ma miejsce

Wypełnia PCPR w Sieradzu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 9) Oświadczenie o kwalifikowalności podatku VAT

W przypadku, gdy beneficjent jest podatnikiem VAT, VAT nie jest kwalifikowalny, chyba że beneficjent oświadczy, iż będąc podatnikiem podatku VAT nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony, ze względu na wyłączenie możliwości odliczenia podatku naliczonego, wynikające z obowiązujących przepisów prawa – dotyczące wnioskodawcy i jednostki, której dotyczy wniosek

Wypełnia PCPR w Sieradzu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 10) Aktualny formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – jeśli dotyczy

Wypełnia PCPR w Sieradzu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

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

podpis pracownika PCPR w Sieradzu i data

Część 2 Wniosku: Informacje o projektach

- 1. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru B programu (część 2B Wniosku):**

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa Projektu

- 2. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru C programu (część 2C Wniosku):**

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa Projektu

- 3. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru D programu (część 2D Wniosku):**

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa Projektu

- 4. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru F programu (część 2F Wniosku):**

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa Projektu

- 5. Projekt planowany do realizacji przez samorząd powiatowy w ramach obszaru G programu (część 2G Wniosku):**

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa Projektu

Część 2B Wniosku: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru B programu

Uwaga!

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

1. Opis projektu

- 1) Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):

- 2) Nazwa Projektodawcy: _____

- 3) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) _____

- 4) NIP: _____; Nr identyfikacyjny PFRON: _____;

- 5) Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT: _____

- 6) Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe)

Podstawa prawna: _____

- 7) Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu): _____

- 8) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: _____, w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: _____

- 9) Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier, data budowy obiektu i data oddania do użytkowania: _____

- 10) Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): _____

- 11) NIP: _____

- 12) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić, jeżeli posiada): _____

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

3. Harmonogram realizacji projektu

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok): _____

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): _____

4. Wartość wskaźników bazowych

Liczba osób niepełnosprawnych uczęszczających do środowiskowego domu samopomocy, centrum integracji społecznej lub klubu integracji społecznej, którego dotyczy projekt lub liczba dzieci i młodzieży niepełnosprawnej uczęszczających do placówki edukacyjnej, której dotyczy projekt, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie, z wyszczególnieniem dzieci i młodzieży oraz osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich.

- 1) Niepełnosprawni ogółem: _____
- 2) Niepełnosprawni do 18 roku życia: _____
- 3) Niepełnosprawni pełnoletni na wózkach: _____
- 4) Niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach: _____

5. Koszt realizacji projektu

- 1) Łączny koszt realizacji projektu: _____ zł, słownie złotych: _____
- 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu: _____ zł, słownie złotych: _____
- 3) Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): _____ zł, słownie złotych: _____
- 4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: _____ zł, słownie złotych: _____

6. Informacja o VAT

Projektodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: Tak/Nie (wybrać odpowiednio).

Podstawa prawna: _____

7. Informacje dotyczące pomocy publicznej

- 1) Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);

- 2) Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 3) Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 4) Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 5) Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe).

8. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2B Wniosku

- 1) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR w Sieradzu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 2) Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR w Sieradzu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 3) O ile dotyczy:
 - a) dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów,
 - b) rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego i projektowanego do wykonania,
 - c) dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu,
 - d) kopia pozwolenia na budowę – jeśli pozwolenie jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów,
 - e) zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów,
 - f) dokument potwierdzający rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku:Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR w Sieradzu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 4) Opinia wystawiona przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane o jakich mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1-2 ustawy Prawo budowlane, o spełnianiu przez projekt warunków, o których mowa w rozdziale I ust. 3 Załącznika nr 1 do Procedur realizacji programu:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR w Sieradzu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 5) Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR w Sieradzu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

6) Dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów dla adresatów pomocy:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR w Sieradzu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

7) O ile dotyczy: oświadczenie, że projekt będzie wykonywany w placówce edukacyjnej działającej zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 roku Prawo oświatowe:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PFRON

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wniosku:

podpis pracownika PCPR w Sieradzu i data

Część 2C Wniosku: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru C programu

Uwaga!

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

1. Opis projektu

- 1) Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku): _____

- 2) Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych:

- 3) Nazwa Projektodawcy: _____
- 4) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy): _____

- 5) NIP: _____
- 6) Nr identyfikacyjny PFRON: _____
- 7) Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:
- 8) Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe)
Podstawa prawna:
- 9) Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu): _____

- 10) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: _____
- 11) Nazwa zakładu spółdzielni socjalnej osób prawnych (której utworzenia dotyczy projekt), w którym adaptowane są pomieszczenia i tworzone stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych: _____

- 12) Dokładna lokalizacja zakładu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): _____

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

3. Harmonogram realizacji projektu

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok): _____

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): _____

4. Wartość wskaźników bazowych

Wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na utworzenie spółdzielni socjalnej osób prawnych, w roku złożenia wniosku o dofinansowanie: _____

5. Koszt realizacji projektu

- 1) Łączny koszt realizacji projektu: _____ zł, słownie złotych: _____
- 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu: _____ zł, słownie złotych: _____
- 3) Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): _____ zł, słownie złotych: _____
- 4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: _____ zł, słownie złotych: _____

6. Informacja o VAT

Projektodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: Tak/Nie (wybrać odpowiednio).

Podstawa prawna: _____

7. Informacje dotyczące pomocy publicznej

- 1) Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 2) Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 3) Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 4) Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 5) Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe).

8. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2C Wniosku

- 1) Porozumienie intencyjne w sprawie utworzenia spółdzielni socjalnej osób prawnych:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR w Sieradzu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 2) Wykaz robót adaptacyjnych dotyczących obiektu spółdzielni, ich opis i koszt, wraz z kopiami kosztorysów, wycen i ofert:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR w Sieradzu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 3) Wykaz urządzeń i sprzętu dotyczącego adaptacji obiektu spółdzielni wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR w Sieradzu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 4) Wykaz wyposażenia spółdzielni, specyfikację niezbędnego wyposażenia oraz koszt:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR w Sieradzu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 5) Wykaz stanowisk pracy tworzonych w ramach projektu w spółdzielni, zawierający nazwę stanowiska, specyfikację niezbędnego wyposażenia stanowiska wraz z kopiami ofert cenowych oraz koszt wyposażenia stanowiska:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR w Sieradzu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 6) Opinia wystawiona przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane o jakich mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1-2 ustawy Prawo budowlane, o spełnianiu przez projekt warunków, o których mowa w rozdziale I ust. 3 Załącznika nr 1 do Procedur realizacji programu:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR w Sieradzu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 7) Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 5 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR w Sieradzu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 8) Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR w Sieradzu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 9) Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR w Sieradzu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 10) Zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR w Sieradzu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 11) Dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów dla adresatów pomocy

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR w Sieradzu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2C Wniosku:

podpis pracownika PCPR w Sieradzu i data

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

- 1) Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku): _____

- 2) Nazwa Projektodawcy: _____
- 3) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy): _____

- 4) NIP: _____ ;
- 5) Nr identyfikacyjny PFRON: _____ ;
- 6) Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT: _____
- 7) Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe)
Podstawa prawna: _____
- 8) Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu): _____

- 9) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: _____ , w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: _____ .
- 10) Nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem: _____

- 11) Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): _____

- 12) NIP (należy wypełnić, jeżeli posiada): _____
- 13) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić, jeżeli posiada): _____ .

2. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

- 1) Nazwa placówki służącej rehabilitacji / warsztatu terapii zajęciowej / gminy, która będzie korzystać z pojazdu: _____

- 2) Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (dzień/ miesiąc/rok): _____
- 3) Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): _____

- 4) NIP (należy wypełnić jeżeli posiada): _____
- 5) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić jeżeli posiada): _____

6) 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

Przewidywany czas rozpoczęcia 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 wniosku o dofinansowanie:
 - a) Liczba mikrobusów: _____, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: _____;
 - b) Liczba autobusów: _____, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: _____.
- 2) 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 wniosku o dofinansowanie:
 - a) Osoby niepełnosprawne łącznie: _____, w tym osoby pełnoletnie: _____ i osoby do 18 roku życia: _____;
 - b) Osoby niepełnosprawne na wózkach łącznie: _____, w tym osoby pełnoletnie na wózkach: _____ i osoby do 18 roku życia na wózkach: _____
- 3) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wniosku o dofinansowanie: _____

- 4) 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 wniosku o dofinansowanie:
- a) Placówki służące rehabilitacji: _____
 - b) Warsztaty terapii zajęciowej: _____

7. Koszt realizacji projektu

- 1) Łączny koszt realizacji projektu: _____ zł, słownie złotych: _____
- 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu: _____ zł, słownie złotych: _____
- 3) Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): _____ zł, słownie złotych: _____
- 4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: _____ zł, słownie złotych: _____

8. Informacja o VAT

Projektodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: Tak/Nie (wybrać odpowiednio).

Podstawa prawna: _____

9. Informacje dotyczące pomocy publicznej

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);

- 1) Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 2) Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 3) Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 4) Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe).

10. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2D Wystąpienia

- 1) Wykaz pojazdów (wraz z kopiami ofert cenowych), 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 informacją o dodatkowym wyposażeniu (windy, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR w Sieradzu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 2) Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 6 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR w Sieradzu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 3) Charakterystyka prowadzonej przez Projektodawcę działalności

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR w Sieradzu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wniosku:

podpis pracownika PCPR w Sieradzu i data

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

- 1) Utworzenie warsztatu terapii zajęciowej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 2) Remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej związana z przeciwdziałaniem degradacji infrastruktury: Tak/Nie (wybierz właściwe).

2. Opis projektu

- 1) Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wystąpienia): _____

- 2) Nazwa Projektodawcy: _____
- 3) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy): _____

- 4) NIP: _____ ;
- 5) Nr identyfikacyjny PFRON: _____ ;
- 6) Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe);
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT: _____
- 7) Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe);
Podstawa prawna: _____ ;
- 8) Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu): _____

- 9) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: _____ , w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: _____
- 10) Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie WTZ / nazwa remontowanego lub modernizowanego WTZ, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej ze względu na degradację infrastruktury: _____

- 11) Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): _____

- 12) NIP: _____
- 13) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić, jeżeli posiada): _____

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

(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, środowiskowych domów samopomocy i zakładów aktywności zawodowej na terenie powiatu (według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok wystąpienia Projektodawcy o uczestnictwo w programie), w których zidentyfikowano ryzyko likwidacji miejsc dla osób niepełnosprawnych ze względu na degradację infrastruktury warsztatu (dotyczy projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej): _____
- 2) Wysokość środków przeznaczonych w planie Projektodawcy na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok wystąpienia Projektodawcy o uczestnictwo w programie:

- 3) Wysokość środków przeznaczonych w planie Projektodawcy na przeciwdziałanie degradacji infrastruktury istniejących warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowych domów samopomocy i zakładów aktywności zawodowej na rok wystąpienia Projektodawcy o uczestnictwo w programie (dotyczy projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej): _____

6. Koszt realizacji projektu

- 1) Łączny koszt realizacji projektu: _____ zł, słownie złotych: _____
- 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu: _____ zł, słownie złotych: _____
- 3) Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): _____ zł, słownie złotych: _____
- 4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: _____ zł, słownie złotych: _____

7. Informacja o VAT

Projektodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: Tak/Nie (wybrać odpowiednio).

Podstawa prawna: _____

8. Informacje dotyczące pomocy publicznej

- 1) Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 2) Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 3) Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 4) Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 5) Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe).

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

- 1) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert – w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji tworzonego lub istniejącego WZ (jeżeli dotyczy):
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR w Sieradzu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 2) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert – w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji środowiskowego domu samopomocy (jeżeli dotyczy):
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR w Sieradzu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 3) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert – w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji zakładu aktywności zawodowej (jeżeli dotyczy):
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR w Sieradzu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 4) Wykaz wyposażenia, urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz kopie ofert cenowych:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR w Sieradzu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 5) Dokument potwierdzający tytuł prawny do budynku:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR w Sieradzu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 6) Pozwolenie na budowę (jeśli dotyczy):

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR w Sieradzu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 7) Opinia wystawiona przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane o jakich mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1-2 ustawy Prawo budowlane, o spełnianiu przez projekt warunków,

o których mowa w rozdziale I ust. 3 Załącznika nr 1 do Procedury:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR w Sieradzu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 8) Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 8 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR w Sieradzu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wniosku:

podpis pracownika PCPR w Sieradzu i data

Część 2G Wniosku: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru G programu

1. Opis projektu

- 1) Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku): _____

- 2) Nazwa Jednostki samorządu powiatowego realizującej obszar G: _____
- 3) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy): _____

- 4) NIP: _____ ;
- 5) Nr identyfikacyjny PFRON: _____ ;
- 6) Imię, nazwisko i numer telefonu osoby do kontaktu: _____
- 7) Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu): _____

- 8) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: _____ , w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: _____ .
- 9) Uzasadnienie potrzeby skierowania do powiatu dodatkowych środków na zadania dotyczące aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych zawierające informację o planowanym sposobie ich wydatkowania (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

3. Harmonogram realizacji projektu

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok): _____

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): _____

4. Wartość wskaźników bazowych

- 1) liczba osób niepełnosprawnych zarejestrowanych jako bezrobotne lub poszukujące pracy na terenie powiatu, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia przez samorząd powiatowy wniosku o dofinansowanie,
- 2) wysokość środków zaplanowanych przez powiat na zadania dotyczące aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych, na rok złożenia wniosku o dofinansowanie.

5. Koszt realizacji projektu

- 1) Środki PFRON przekazywane algorytmem zabezpieczone w planie finansowym powiatu na realizację zadań dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w roku realizacji projektu: _____ zł,
słownie złotych: _____
- 2) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: _____ zł,
słownie złotych: _____
- 3) Wnioskowana kwota na obsługę (2,5% od kwoty w pkt 2): _____ zł,
słownie złotych: _____

6. Informacje uzupełniające

7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2G Wniosku

Dokument potwierdzający wysokość środków algorytmu zabezpieczonych w planie finansowym powiatu na realizację zadań własnych dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR w Sieradzu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2G Wniosku:

podpis pracownika PCPR w Sieradzu i data

Oświadczenia Projektodawcy

1. **Oświadczam**, że podane we Wniosku informacje są zgodne z prawdą.
2. **Oświadczam**, że znane są mi zapisy programu i procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”.
3. **Oświadczam**, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego Wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wystąpienia.
4. **Oświadczam**, że na dzień sporządzenia Wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON.
5. **Oświadczam**, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wniosku zostały zweryfikowane pod względem formalnym i merytorycznym.
6. **Oświadczam**, że koszty realizacji projektów wyszczególnionych w części 2B, 2C, 2F Wniosku, dotyczą wyłącznie likwidacji barier i zwiększeniu dostępności obiektów budowlanych (jeśli dotyczy).
7. **Oświadczam**, że nie posiadamy wymagalnych zobowiązań wobec ZUS i Urzędów Skarbowych.

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnoszę o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku

_____, dnia _____ r.

(podpis)

(podpis)

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych