

**Program finansowany ze środków PFRON Realizator programu: Powiat Krapkowicki**

**Powiat Krapkowicki**

**ul. Kilińskiego 1**

**47-303 Krapkowice**

## Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON projektu (ów)

## dotyczących obszaru (ów) ………………. „ Programu wyrównywania różnic między regionami III”

**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 Nazwisko osoby do kontaktu |
|  |  |  |
| Nr telefonu osoby do kontaktu | adres http://www | e-mail |
|  |  |  |
| Adres skrzynki ePUAP | 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: …………………………………………………………………………..

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

**3. Załączniki (dokumenty) wymagane do Wniosku**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa załącznika | **Załączono do wniosku** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia Realizator programu)*** |
| 1. | Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania Projektodawcy |  |  |  |  |
| 2. | Oświadczenie dotyczące jednostki organizacyjnej projektodawcy, której dotyczy wniosek o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON, wymagalnych zobowiązań wobec ZUS i Urzędu Skarbowego. |  |  |  |  |
| 3. | Oświadczenie dotyczące jednostki organizacyjnej projektodawcy, której dotyczy wniosek o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników |  |  |  |  |
| 4. | Oświadczenie dotyczące jednostki organizacyjnej projektodawcy, której dotyczy wniosek o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika JST*

 *data, podpis:*

|  |
| --- |
| Część 2 WNIOSKU: Informacje o projektach |

1. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez Projektodawcę w ramach obszaru B programu (część 2B Wniosku):

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

2. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę
w ramach obszaru C programu (część 2C Wniosku):

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

3. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez Projektodawcę w ramach obszaru D programu (część 2D Wniosku):

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

4. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez Projektodawcę w ramach obszaru F programu (część 2F Wniosku):

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | 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**

|  |
| --- |
| Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... |
| Nazwa Jednostki organizacyjnej Projektodawcy realizującej projekt…………………………………………………………………………………………………………….Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) ................................................................. Imię Nazwisko osoby do kontaktu ………………………. Nr telefonu osoby do kontaktu ………....………NIP .......................... Nr identyfikacyjny PFRON ........................... \*O ile dotyczy\* |
| Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: TAK/NIE (wybrać właściwe)Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:……………………………………………………………………………………………………………. |
| Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: TAK/NIE (wybrać właściwe)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 projektowana jest likwidacja barier oraz nazwa i adres jednostki organizacyjnej Projektodawcy prowadzącej obiekt ………………………………………………………...................................... .............................................................................................................................................................. .............................................................................................................................................................. Data budowy obiektu………………………….….,data oddania do użytkowania……………………………………Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): .............................................................................................................................................................. ..............................................................................................................................................................NIP ..................... 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 wskaźnika bazowego

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 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 wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie
 | **niepełnosprawni ogółem** | **niepełnosprawni do 18 roku życia** |
|  |  |

**5. 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. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: ........................................................... złsłownie złotych: ..............................................................................................................................  |

**6. Informacja o VAT**

Wnioskodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: TAK/NIE (właściwe wybrać).

Podstawa prawna …………………………………………………………………………………………………………

**7. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wniosku** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia Realizator programu)*** |
| 1. | Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kosztorysami, wycenami i ofertami |  |  |  |  |
| 2. | Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń oferty cenowe |  |  |  |  |
| 3. | O ile dotyczy:dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów,rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego i projektowanego do wykonania,dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu,pozwolenie na budowę – jeśli pozwolenie jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów,opinia wystawiona przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane o jakich mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1-2 ustawy Prawo budowlane, o spełnieniu przez projekt warunków, o których mowa w rozdziale I ust. 3 Załącznika nr 1 do Procedury,Kopia dokumentu potwierdzającego rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku,zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów,O ile dotyczy: oświadczenie, że projekt będzie wykonywany w placówce działającej zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 roku Prawo Oświatowe. |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika JST*

 *data, podpis:*

|  |
| --- |
| 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**

|  |
| --- |
| Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):.............................................................................................................................................................. ..............................................................................................................................................................  |
| Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………..……………. |
| Nazwa Jednostki organizacyjnej Projektodawcy realizującej projekt……………………………………………………………………………………………………………………..………….Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) ................................................................. Imię Nazwisko osoby do kontaktu …………………….……. Nr telefonu osoby do kontaktu ……..………….… NIP .......................... Nr identyfikacyjny PFRON ........................... \*O ile dotyczy\* |
| Projektodawca jest podatnikiem VAT: TAK/NIE (wybrać właściwie)Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT …………………………………………………………………………Projektodawca jest płatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony TAK/NIE (wybrać właściwe)Podstawa prawna: ................................................................................................................................. |
| Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  |
| Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: …. |
| Nazwa zakładu spółdzielni socjalnej osób prawnych (której utworzenia dotyczy projekt), w którym adaptowane są pomieszczenia i tworzone stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych ……….…………………………………………………………………………......................................................... ……………………….………………………………………………………………………………………………………...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 wystąpienia projektodawcy lub wniosku o dofinansowanie |  |

**5. 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. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: ............................................................ złsłownie złotych: ..............................................................................................................................  |

**6. Informacja o VAT**

Wnioskodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych
w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: TAK/NIE (właściwe wybrać).

Podstawa prawna ………………………………………………………………………………………….….

**7. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wystąpienia** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia Realizator programu)*** |
| 1. | Porozumienie intencyjne w sprawie utworzenia spółdzielni socjalnej osób prawnych |  |  |  |  |
| 2 | Wykaz robót adaptacyjnych dotyczących obiektu spółdzielni, ich opis i koszt wraz z kopiami kosztorysów, wycen i ofert |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 4 | Wykaz wyposażenia spółdzielni, specyfikację niezbędnego wyposażenia oraz koszt |  |  |  |  |
| 5. | Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu |  |  |  |  |
| 6. | Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów |  |  |  |  |
| 7. | Zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów |  |  |  |  |
| 8. | 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  |  |  |  |  |
| 9 | Opinia wystawiona przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane o jakich mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1-2 ustawy Prawo budowlane, o spełnieniu przez projekt warunków, o których mowa w rozdziale I ust. 3 Załącznika nr do Procedury |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika JST*

 *data, podpis:*

|  |
| --- |
| 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 Wniosku):............................................................................................................................................................. ............................................................................................................................................................. |
| Nazwa Jednostki organizacyjnej Projektodawcy realizującej projekt………………………………………………………………………………………………………………………………….Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) ................................................................. Imię Nazwisko osoby do kontaktu ………………………. Nr telefonu osoby do kontaktu ……..……………….. NIP .......................... Nr identyfikacyjny PFRON ........................... \*O ile dotyczy\* |
| Projektodawca jest podatnikiem VAT: TAK/NIE (wybrać właściwie)Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT ………………………………………………………………………….Projektodawca jest płatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony TAK/NIE (wybrać właściwe)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, która będzie dysponować pojazdem:.............................................................................................................................................................. .............................................................................................................................................................. Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................NIP ......................... Nr identyfikacyjny PFRON \* ........................ \*należy wypełnić jeżeli posiada |

2. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu

|  |
| --- |
| w przypadku obszernego opisu – w załączeniuNazwa placówki służącej rehabilitacji / warsztatu terapii zajęciowej, która będzie korzystać z pojazdu: ….......................................................................................................................................................... ............................................................................................................................................................. Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (dzień/ miesiąc/rok) .............................................................................................................................................................. Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ............................................................................................................................................................. NIP....................\* 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

|  |
| --- |
| 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 przez Projektodawcę
 | **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 wniosku o dofinansowanie przez Projektodawcę
 | **osoby niepełnosprawne** |
| **pełnoletnie** | **do 18 roku życia** | **łącznie** |
|  |  |  |
| **pełnoletnie na wózkach** | **do 18 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 wniosku o dofinansowanie przez Projektodawcę
 |  |
| 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 wniosku o dofinansowanie przez Projektodawcę
 | **Placówki służące rehabilitacji** |
|  |
| **Warsztaty terapii zajęciowej** |
|  |

**7. 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. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: ............................................................ złsłownie złotych: ...............................................................................................................................  |

**8. Informacja o VAT**

Wnioskodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych
w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: TAK/NIE (właściwe wybrać).

Podstawa prawna ……………………………………………………………………………………………………..….

**9. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| .............................................................................................................................................................................................................................................................................. ……………………………. |

**10. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2D Wniosku**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wniosku** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia Realizator programu)*** |
| 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 informacją o dodatkowym wyposażeniu (winda, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika JST*

 *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: TAK/NIE (wybrać właściwe) |
| Remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej: TAK/NIE (wybrać właściwe) |

**2. Opis projektu**

|  |
| --- |
| Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):.............................................................................................................................................................. .............................................................................................................................................................. |
| Nazwa Jednostki organizacyjnej Projektodawcy realizującej projekt………………………………………………………………………………………………………………………………….Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) ................................................................. Imię i Nazwisko osoby do kontaktu ………………………. Nr telefonu osoby do kontaktu ……..……… NIP .......................... Nr identyfikacyjny PFRON ........................... \*O ile dotyczy\* |
| Projektodawca jest podatnikiem VAT: TAK/NIE (wybrać właściwie)Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT …………………………………………………….Projektodawca jest płatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: TAK/NIE (wybrać właściwe)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, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowe: ………................................................................................................................................................... ..........................................................................................................................................................…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 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 (według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego o uczestnictwo w programie lub wniosku o dofinansowanie), 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)
 |  |
| 1. wysokość środków przeznaczonych w planie jednostki samorządu terytorialnego programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego o uczestnictwo w programie lub wniosku o dofinansowanie
 |  |
| 1. wysokość środków przeznaczonych w planie przez realizatora programu na przeciwdziałanie degradacji infrastruktury istniejących warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowych domów samopomocy i zakładów aktywności zawodowej na rok wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego o uczestnictwo w programie lub wniosku o dofinansowanie (dotyczy projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej)
 |  |

**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. Informacja o VAT**

Wnioskodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych
w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: TAK/NIE (właściwe wybrać).

Podstawa prawna ……………………………………………………………………………………………………….

**8. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| .....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wniosku** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia Realizator programu)*** |
| 1. | W przypadku projektów, których jest utworzenie warsztatu terapii zajęciowej: Dokumenty o których mowa wymienione w § 3 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 roku w sprawie warsztatów terapii zajęciowej |  |  |  |  |
| 2. | Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert – przypadku projektów których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji tworzonego lub istniejącego WTZ (jeżeli dotyczy) |  |  |  |  |
| 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 środowiskowego domu samopomocy (jeżeli dotyczy) |  |  |  |  |
| 4. | 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) |  |  |  |  |
| 5. | Wykaz wyposażenia, urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz kopie ofert cenowych: |  |  |  |  |
| 6. | Dokument potwierdzający tytuł prawny do budynku |  |  |  |  |
| 7. | Pozwolenie na budowę (jeśli dotyczy) |  |  |  |  |
| 8. | 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 |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika JST*

 *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 koszty realizacji projektów wyszczególnionych w części 2B, 2C, 2F Wniosku, o jakie wnioskuje Projektodawca dotyczą wyłącznie likwidacji barier
i zwiększeniu dostępności obiektów budowlanych (jeśli dotyczy).

**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*