

**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: .................................................................................................. zł  słownie złotych: .............................................................................................................................. |
| B. | Własne środki 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: .............................................................................................................................. |

**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: ................................................................................................... zł  słownie złotych: .............................................................................................................................. |
| B. | Własne środki 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: .............................................................................................................................. |

**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 załączeniu  Nazwa 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: ................................................................................................... zł  słownie złotych: .............................................................................................................................. |
| B. | Własne środki 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. 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: .................................................................................................. zł  słownie złotych: .............................................................................................................................. |
| B. | Własne środki 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. | Inne środki PFRON (np. przekazywane algorytmem) przeznaczone na realizację projektu: ................................................................................................................................................... zł  słownie złotych: .............................................................................................................................. |
| E. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: ............................................................ zł  słownie 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*