Załącznik nr 5 do procedur

Wniosek złożono
w ............................................. PFRON

w dniu ..................................................

Nr sprawy:

 *Wypełnia PFRON*

## WNIOSEK

## o dofinansowanie ze środków PFRON projektów

## w ramach obszaru B, C, D, F, G „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

**Pouczenie:**

*We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać* ***„Nie dotyczy”****.*

|  |
| --- |
| Część 1 WNIOSKU: Dane i informacje o Jednostce samorządu |

**1. Nazwa i adres samorządu powiatowego**

|  |
| --- |
| Pełna nazwa: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |
|  |  |  |  |
| Miejscowość | Ulica | Nr posesji | Kod pocztowy |
|  |  |  |  |
| Gmina  | Powiat  | Województwo | Imię Nazwisko osoby do kontaktu |
|  |  |  |  |
| Nr telefonu osoby do kontaktu | Nr fax | adres http://www | e-mail |

2. Osoby uprawnione do reprezentacji samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych

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

**3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy Jednostka samorządu jest zobowiązana do wpłat na rzecz PFRON | tak  | nie  |
| Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON |  |
| Czy Jednostka samorządu zalega z wpłatami na rzecz PFRON | tak  | nie  |
| Numer identyfikacyjny PFRON |  |
| Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku | ............................... zł |

**4. Informacje o samorządzie powiatowym**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| REGON | Nr identyfikacyjny NIP |
| Czy Jednostka samorządu jest podatnikiem VAT: tak nie podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT ................................................................... |
| Wnioskodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak nie podstawa prawna: .......................................................................................................... |

**5. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON (za okres ostatnich 3 lat)**

|  |
| --- |
| Czy Jednostka samorządu korzystała ze środków PFRON tak nie  |
| Cel(nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc) | Nr i data zawarcia umowy | Kwota przyznana | Termin rozliczenia | Kwota rozliczona |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Razem kwota przyznana: |  | Razem kwota rozliczona: |  |

**6. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa załącznika | **Załączono do wniosku** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PFRON)*** |
| 1. | Oświadczenie samorządu powiatowego o zgodności zgłoszonych projektów z celami założonymi w samorządowym programie działań na rzecz osób niepełnosprawnych |  |  |  |  |
| 2. | Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania Jednostki samorządu |  |  |  |  |
| 3. | Zaświadczenie z ZUS dotyczące powiatu, starostwa powiatowego i jednostek organizacyjnych powiatu, których dotyczy wniosek o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy |  |  |  |  |
| 4. | Dokumenty z Urzędu Skarbowego dotyczące powiatu, starostwa powiatowego i jednostek organizacyjnych powiatu, których dotyczy wniosek: decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON*

 *data, podpis:*

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

1. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez samorząd powiatowy w ramach obszaru B programu:

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

2. Wykaz projektów zgłoszonych przez samorząd powiatowy
w ramach obszaru C programu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | Nazwa i adres Projektodawcy | Nazwa projektu |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

3. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez samorząd powiatowy w ramach obszaru D programu:

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

4. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez samorząd powiatowy w ramach obszaru F programu:

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

5. Projekt planowany do realizacji przez samorząd powiatowy
w ramach obszaru G programu:

|  |  |
| --- | --- |
| **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):....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... |
| Cel projektu: (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu).................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. Projekt dotyczy terenu: miejskiego wiejskiego miejsko-wiejskiego  |
| Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier oraz nazwa i adres jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego prowadzącej obiekt ..................................... ....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ................................................................................................................... .......................................................................................................................................NIP ..................... REGON ..................... 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

|  |
| --- |
| Rozpoczęcie realizacji projektu *(dzień, miesiąc, rok)*:.......................................................................................................................................Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:....................................................................................................................................... |

### 4. Wartość wskaźników bazowych:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. liczba osób niepełnosprawnych uczęszczających do środowiskowego domu samopomocy, 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, z wyszczególnieniem dzieci i młodzieży oraz osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich
 | **niepełnosprawni ogółem** | **niepełnosprawni do 18 roku życia** |
|  |  |
| **niepełnosprawni pełnoletni na wózkach** | **niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach** |
|  |  |
| 1. liczba placówek edukacyjnych, urzędów lub środowiskowych domów samopomocy położonych na terenie powiatu, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego o lub wniosku o dofinansowanie
 |  |
| 1. liczba placówek edukacyjnych, urzędów lub środowiskowych domów samopomocy położonych na terenie powiatu, kompleksowo dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie
 |  |
| 1. wysokość środków przeznaczonych w planie beneficjenta na likwidację barier architektonicznych w placówkach edukacyjnych, urzędach lub środowiskowych domach samopomocy, na rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego 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. Informacje uzupełniające**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wniosku** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PFRON)*** |
| 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,kopia pozwolenia na budowę – jeśli pozwolenie jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów,zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów |  |  |  |  |
| 4. | Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie |  |  |  |  |
| 5. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III” |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON*

 *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 Wystąpienia):....................................................................................................................................... .......................................................................................................................................  |
| Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych1.Nazwa Projektodawcy: .................................................................................................Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) ................................................................. NIP ......................... REGON ........................... Nr identyfikacyjny PFRON ..........................Czy projektodawca jest płatnikiem VAT tak nie 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 podstawa prawna: ..........................................................................................................2.Nazwa Projektodawcy: .................................................................................................Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) ................................................................. NIP ......................... REGON ........................... Nr identyfikacyjny PFRON ..........................Czy projektodawca jest płatnikiem VAT tak nie 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 podstawa prawna: .......................................................................................................... |
| Cel projektu: (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... Projekt dotyczy terenu: miejskiego wiejskiego miejsko-wiejskiego  |
| 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

|  |
| --- |
| Rozpoczęcie realizacji projektu *(dzień, miesiąc, rok)*:.......................................................................................................................................Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:....................................................................................................................................... |

### 4. Wartość wskaźników bazowych:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. liczba osób niepełnosprawnych z terenu powiatu zatrudnionych w spółdzielniach socjalnych, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie
 | **stopień niepełnosprawności** |
| **ogółem** | **lekki** | **umiarkowany** | **znaczny** |
|  |  |  |  |
| 1. wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na utworzenie spółdzielni socjalnej osób prawnych, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego 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. Informacje dotyczące pomocy publicznej**

|  |
| --- |
| Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2007 r. Nr 59 poz. 404 z późn. zm.) tak nie Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą tak nie Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej tak nie Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE tak nie Planowana pomoc jest pomocą *de minimis* tak nie  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wystąpienia** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PFRON)*** |
| 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. | Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu |  |  |  |  |
| 6. | Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu |  |  |  |  |
| 7. | Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów |  |  |  |  |
| 8. | Zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów |  |  |  |  |
| 9. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 5 procedur realizacji Programu  |  |  |  |  |
| 10. | 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  |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON*

 *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):....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... |
| Cel projektu: (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ Projekt dotyczy terenu: miejskiego wiejskiego miejsko-wiejskiego  |
| Nazwa jednostki organizacyjnej powiatu, która będzie dysponować pojazdem ....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ....................................................................................................................................... .......................................................................................................................................NIP ......................... REGON ........................... Nr identyfikacyjny PFRON \* ........................ \*należy wypełnić jeżeli posiada |

2. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu
do przewozu osób niepełnosprawnych zawierające informacje
o placówce lub placówkach służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych, których uczestnicy będą mieli zapewniony transport w wyniku realizacji projektu

|  |
| --- |
| w przypadku obszernego opisu – w załączeniuNazwa placówki służącej rehabilitacji: ….......................................................................... ....................................................................................................................................... Data rozpoczęcia działalności (dzień/ miesiąc/rok) ............................................................... Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ..................................................................................................................................... NIP....................\* REGON ...................... \* Nr identyfikacyjny PFRON\* ..................... \*należy wypełnić jeżeli posiada**Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu:**................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

3. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów
na rzecz osób niepełnosprawnych

|  |
| --- |
| (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

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

|  |
| --- |
| (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

5. Harmonogram realizacji projektu

|  |
| --- |
| Rozpoczęcie realizacji projektu *(dzień, miesiąc, rok)*:......................................................................................................................................Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:......................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………. |

### 6. Wartość wskaźników bazowych:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. liczba pojazdów (w rozbiciu na mikrobusy-pojazdy o liczbie miejsc 9 łącznie z kierowcą i autobusy) wykorzystywanych do przewozu osób niepełnosprawnych będących w posiadaniu beneficjenta, w tym pojazdów przystosowanych do przewozu osób na wózkach inwalidzkich, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie
 | **Liczba mikrobusów** ......................................**,**  **w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach** .......................................... **Liczba autobusów** ........................................**, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach** ................................................... |
| 1. liczba osób niepełnosprawnych, z wyodrębnieniem osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich, którym beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie
 | **osoby niepełnosprawne** |
| **pełnoletnie** | **do 18 roku życia** | **łącznie** |
|  |  |  |
| **pełnoletnie na wózkach** | **do18 roku życia na wózkach** | **łącznie na wózkach** |
|  |  |  |
| 1. wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie
 |  |
| 1. liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych, których uczestnikom beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie
 |  |

**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. Informacje uzupełniające**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wniosku** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PFRON)*** |
| 1. | Wykaz pojazdów, których zakupu lub przystosowania dotyczy projekt zawierający rodzaj pojazdu, ilość miejsc do przewozu osób niepełnosprawnych, w tym miejsc przystosowanych do kotwiczenia wózków inwalidzkich wraz z informacja o dodatkowym wyposażeniu (winda, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu |  |  |  |  |
| 2. | Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie |  |  |  |  |
| 3. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 6 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”. |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON*

 *data, podpis:*

|  |
| --- |
| 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. Opis projektu**

|  |
| --- |
| Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... |
| Cel projektu: (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... Projekt dotyczy terenu: miejskiego wiejskiego miejsko-wiejskiego  |
| Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie WTZ oraz nazwa i adres jednostki organizacyjnej projektodawcy prowadzącej obiekt ........................................................... ....................................................................................................................................... ...................................................................................................................................... Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ................................................................................................................... .......................................................................................................................................NIP........................ REGON ........................ 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

|  |
| --- |
| Rozpoczęcie realizacji projektu *(dzień, miesiąc, rok)*:.......................................................................................................................................Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:....................................................................................................................................... |

### 4. Wartość wskaźników bazowych:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. liczba osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie powiatu, będących uczestnikami warsztatów terapii zajęciowej według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie
 |  |
| 1. wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, w roku wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie
 |  |

**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. | Inne środki PFRON (np. przekazywane algorytmem) przeznaczone na realizację projektu: .............................................. złsłownie złotych: .......................................................................................................  |
| E. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: ..................................... złsłownie złotych: ....................................................................................................... ................................................................................................................................ |

**6. Informacje uzupełniające**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wniosku** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PFRON)*** |
| 1. | Dokumenty wymienione w § 3 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 roku w sprawie warsztatów terapii zajęciowej (Dz. U. Nr 63, poz.587)  |  |  |  |  |
| 2. | Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie |  |  |  |  |
| 3. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 8 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III” |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON*

 *data, podpis:*

|  |
| --- |
| Część 2G WNIOSKU: Informacje o projekcie planowanym do realizacji w ramach obszaru G programu |

**1. Opis projektu**

|  |
| --- |
| Nazwa Jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego realizującej obszar GAdres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) ................................................................. Imię Nazwisko osoby do kontaktu ………………………. Nr telefonu osoby do kontaktu ……..……… NIP .......................... REGON .......................... Nr identyfikacyjny PFRON ........................... \*O ile dotyczy\* |
| Cel projektu: .................................................................................................................... ....................................................................................................................................... |
| 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).............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. Projekt dotyczy terenu: miejskiego wiejskiego miejsko-wiejskiego  |

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

|  |
| --- |
| (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |

3. Harmonogram realizacji projektu

|  |
| --- |
| Rozpoczęcie realizacji projektu *(dzień, miesiąc, rok)*:.......................................................................................................................................Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:....................................................................................................................................... |

### 4. Wartość wskaźników bazowych:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. liczba osób niepełnosprawnych zatrudnionych na terenie powiatu, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie
 |  |
| 1. wysokość środków zaplanowanych przez powiat na zadania dotyczące aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wniosku o dofinansowanie
 |  |

**5. Koszt realizacji projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| A. | Środki PFRON przekazywane algorytmem zabezpieczone w planie finansowym powiatu na realizację zadań dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w roku realizacji projektu ……………..………………..……………. złsłownie złotych .........................................................................................................  |
| B. | Wnioskowana kwota ze środków PFRON: .............................................................. złsłownie złotych: ........................................................................................................ w tym na obsługę ................................. zł (słownie złotych) …................................... |

**6. Informacje uzupełniające**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wniosku** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PFRON)*** |
| 1. | Dokument potwierdzający wysokość środków algorytmu zabezpieczonych w planie finansowym powiatu na realizację zadań własnych dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych |  |  |  |  |
| 2. | Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie |  |  |  |  |
| 3. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 10 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III” |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON*

 *data, podpis:*

#### Oświadczenia Jednostki samorządu powiatowego

**Oświadczam**, że podane we Wniosku informacje są zgodne z prawdą.

**Oświadczam**, że znane są mi zapisy programu i procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

**Oświadczam**, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego Wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wniosku.

**Oświadczam**, że na dzień sporządzenia Wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, i zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON.

**Oświadczam**, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wniosku zostały zweryfikowane pod względem formalnym i merytorycznym.

**Oświadczam**, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wniosku są zgodnie z samorządowym programem działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuję o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku

................................................... dnia ................................. r.

 ......................................................... ..........................................................

 *pieczątka imienna pieczątka imienna*

*podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych*

**Pouczenie:**

*We Wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać* ***„Nie dotyczy”****.*

*W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać* ***„W załączeniu – załącznik nr ...”*** *czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.*