

Wniosek złożono w:

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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 PROJEKTODAWCY

1. NAZWA I ADRES PROJEKTODAWCY

Nazwa pola		Wartość
Pełna nazwa:		
Adres	Województwo:	
	Powiat:	
	Gmina:	
	Miejscowość:	
	Ulica:	
	Nr posesji:	
	Nr lokalu:	
	Kod pocztowy:	
Poczta:		
Osoba do kontaktu – Imię i nazwisko:		
Osoba do kontaktu – Nr telefonu:		
Nr faksu:		

Adres strony internetowej:	
E-mail:	

2. OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTACJI PROJEKTODAWCY I ZACIĄGANIA ZOBOWIĄZAŃ FINANSOWYCH

Osoba 1:

<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Stanowisko</i>	<i>Pieczętka imienna i podpis</i>

Osoba 2:

<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Stanowisko</i>	<i>Pieczętka imienna i podpis</i>

3. INFORMACJE O REALIZACJI OBOWIĄZKU WPŁAT NA RZECZ PFRON

Nazwa pola	Wartość
Czy projektodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON:	
Czy projektodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Numer identyfikacyjny PFRON:	
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku:	

4. INFORMACJE O PROJEKTODAWCY

Nazwa pola	Wartość
REGON:	
Nr identyfikacyjny NIP:	
Czy projektodawca jest podatnikiem VAT:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Podstawa prawna:	

5. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON (ZA OKRES OSTATNICH 3 LAT)

Czy projektodawca korzystał ze środków PFRON:

Tak Nie

Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
		Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

6. ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono		Data uzupełnienia
		tak	nie	tak	nie	
				(wypełnia PFRON)		
1.	Oświadczenie projektodawcy o zgodności zgłoszonych projektów z celami założonymi w samorządowym programie działań na rzecz osób niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania projektodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zaświadczenie z ZUS projektodawcy, którego 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 projektodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4.	Dokumenty z Urzędu Skarbowego projektodawcy, którego 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 projektodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
----	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wniosku:

<i>Data</i>	<i>Podpis</i>	<i>Pieczętka imienna</i>

CZĘŚĆ 2 WNIOSKU – INFORMACJE O PROJEKTACH**1. WYKAZ PROJEKTÓW PLANOWANYCH DO REALIZACJI PRZEZ PROJEKTODAWCĘ W RAMACH OBSZARU B PROGRAMU**

Lp.	Nazwa projektu

2. WYKAZ PROJEKTÓW ZGŁOSZONYCH PRZEZ PROJEKTODAWCĘ W RAMACH OBSZARU C PROGRAMU

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu

3. WYKAZ PROJEKTÓW PLANOWANYCH DO REALIZACJI PRZEZ PROJEKTODAWCĘ W RAMACH OBSZARU D PROGRAMU

Lp.	Nazwa projektu

4. WYKAZ PROJEKTÓW PLANOWANYCH DO REALIZACJI PRZEZ PROJEKTODAWCĘ W RAMACH OBSZARU F PROGRAMU

Lp.	Nazwa projektu

**5. PROJEKT PLANOWANY DO REALIZACJI PRZEZ PROJEKTODAWCĘ
W RAMACH OBSZARU G PROGRAMU**

Lp.	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:

Nazwa pola		Wartość
Projekt dotyczy terenu:		<input type="checkbox"/> miejskiego <input type="checkbox"/> wiejskiego <input type="checkbox"/> miejsko-wiejskiego
Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier oraz nazwa i adres projektodawcy prowadzącego obiekt:		
Dokładna lokalizacja obiektu	Województwo:	
	Powiat:	
	Gmina:	
	Kod pocztowy:	

	Miejscowość:	
	Ulica:	
	Nr posesji:	
	Nr lokalu:	
NIP:		
REGON:		
Nr identyfikacyjny PFRON: (należy wypełnić jeśli posiada)		

2. DIAGNOZA SYTUACJI, Z KTÓREJ WYNIKAĆ BĘDZIE KONIECZNOŚĆ PODJĘCIA DZIAŁAŃ OPISANYCH W PROJEKCIE

3. HARMONOGRAM REALIZACJI PROJEKTU

Nazwa pola	Wartość
Rozpoczęcie realizacji projektu:	
Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):	

4. WARTOŚĆ WSKAŹNIKÓW BAZOWYCH

a) 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:

Nazwa pola	Wartość
niepełnosprawni ogółem	
niepełnosprawni do 18 roku życia	
niepełnosprawni pełnoletni na wózkach	
niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach	

b) 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:

c) 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:

d) 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

Lp.	Nazwa pola	Wartość
A.	Łączny koszt realizacji projektu:	
	Słownie złotych:	
B.	Własne środki przeznaczone na realizację projektu:	
	Słownie złotych:	
C.	Inne źródła finansowania ogółem: (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON)	
	Słownie złotych:	
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:	
	Słownie złotych:	

6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

7. ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO CZĘŚCI 2B WNIOSKU

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono		Data uzupełnienia
		tak	nie	tak	nie	
		(wypełnia PFRON)				
1.	Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kosztorysami, wycenami i ofertami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń oferty cenowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	O ile dotyczy: a) dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów, b) rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego i projektowanego do wykonania, c) dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu, d) kopia pozwolenia na budowę – jeśli pozwolenie jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów, e) zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wniosek nr:

Program wyrównywania różnic między regionami III

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wniosku:

<i>Data</i>	<i>Podpis pracownika PFRON</i>	<i>Pieczętka imienna pracownika PFRON</i>

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 pola		Wartość
1. Nazwa projektodawcy:		
Adres	Województwo:	
	Powiat:	
	Gmina:	
	Miejscowość:	
	Ulica:	
	Nr domu:	
	Nr lokalu:	
	Kod pocztowy:	
NIP:		
REGON:		
Nr identyfikacyjny PFRON:		
Czy Projektodawca jest płatnikiem VAT:		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> 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:		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Podstawa prawna:		
2. Nazwa projektodawcy:		
Adres	Województwo:	
	Powiat:	
	Gmina:	
	Miejscowość:	
	Ulica:	
	Nr domu:	
	Nr lokalu:	
	Kod pocztowy:	
NIP:		
REGON:		
Nr identyfikacyjny PFRON:		
Czy Projektodawca jest płatnikiem VAT:		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> 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:		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Podstawa prawna:		

Cel projektu:

Nazwa pola		Wartość
Projekt dotyczy terenu:		<input type="checkbox"/> miejskiego <input type="checkbox"/> wiejskiego <input type="checkbox"/> 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	Województwo:	
	Powiat:	
	Gmina:	
	Kod pocztowy:	
	Miejscowość:	
	Ulica:	
	Nr posesji:	
	Nr lokalu:	

2. DIAGNOZA SYTUACJI, Z KTÓREJ WYNIKAĆ BĘDZIE KONIECZNOŚĆ PODJĘCIA DZIAŁAŃ OPISANYCH W PROJEKCIE

3. HARMONOGRAM REALIZACJI PROJEKTU

Nazwa pola	Wartość
Rozpoczęcie realizacji projektu:	
Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):	

4. WARTOŚĆ WSKAŹNIKÓW BAZOWYCH

a) liczba osób niepełnosprawnych z terenu powiatu zatrudnionych w spółdzielniach socjalnych, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia projektodawcy lub wniosku o dofinansowanie, według stopnia niepełnosprawności:

Nazwa pola	Wartość
ogółem	
lekki	
umiarkowany	
znaczny	

b) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na utworzenie spółdzielni socjalnej osób prawnych, w roku złożenia wystąpienia projektodawcy lub wniosku o dofinansowanie:

5. KOSZT REALIZACJI PROJEKTU

Lp.	Nazwa pola	Wartość
A.	Łączny koszt realizacji projektu:	
	Słownie złotych:	
B.	Własne środki przeznaczone na realizację projektu:	
	Słownie złotych:	
C.	Inne źródła finansowania ogółem: (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON)	
	Słownie złotych:	
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:	
	Słownie złotych:	

6. INFORMACJE DOTYCZĄCE POMOCY PUBLICZNEJ

Nazwa pola	Wartość
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.):	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Planowana pomoc jest pomocą de minimis:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

7. ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO CZĘŚCI 2C WNIOSKU

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono		Data uzupełnienia
		tak	nie	tak	nie	
		(wypełnia PFRON)				
1.	Porozumienie intencyjne w sprawie utworzenia spółdzielni socjalnej osób prawnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Wykaz robót adaptacyjnych dotyczących obiektu spółdzielni, ich opis i koszt wraz z kopiami kosztorysów, wycen i ofert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Wykaz wyposażenia spółdzielni, specyfikację niezbędnego wyposażenia oraz koszt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 5 procedur realizacji Programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-----	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2C Wniosku:

<i>Data</i>	<i>Podpis pracownika PFRON</i>	<i>Pieczętka imienna pracownika PFRON</i>

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:

Nazwa pola		Wartość
Projekt dotyczy terenu:		<input type="checkbox"/> miejskiego <input type="checkbox"/> wiejskiego <input type="checkbox"/> miejsko-wiejskiego
Nazwa projektodawcy, który będzie dysponować pojazdem:		
Dokładny adres	Województwo:	
	Powiat:	
	Gmina:	
	Kod pocztowy:	

	Miejscowość:	
	Ulica:	
	Nr posesji:	
	Nr lokalu:	
NIP:		
REGON:		
Nr identyfikacyjny PFRON: (należy wypełnić jeśli 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

Nazwa placówki służącej rehabilitacji:

Nazwa pola		Wartość
Data rozpoczęcia działalności:		
Dokładny adres:	Województwo:	
	Powiat:	
	Gmina:	
	Kod pocztowy:	
	Miejscowość:	
	Ulica:	
	Nr posesji:	
	Nr lokalu:	
NIP: (należy wypełnić jeśli posiada)		
REGON: (należy wypełnić jeśli posiada)		
Nr identyfikacyjny PFRON: (należy wypełnić jeśli posiada)		

Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu:**3. CHARAKTERYSTYKA DOTYCHCZAS WYKONYWANYCH PRZEWOZÓW NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH****4. DIAGNOZA SYTUACJI, Z KTÓREJ WYNIKAĆ BĘDZIE KONIECZNOŚĆ PODJĘCIA DZIAŁAŃ OPISANYCH W PROJEKCIE****5. HARMONOGRAM REALIZACJI PROJEKTU**

Nazwa pola	Wartość
Rozpoczęcie realizacji projektu:	
Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):	

6. WARTOŚĆ WSKAŹNIKÓW BAZOWYCH

a) 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 projektodawcy lub wniosku o dofinansowanie:

Nazwa pola	Wartość
Liczba mikrobusów	
w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach	
Liczba autobusów	
w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach	

b) 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 projektodawcy lub wniosku o dofinansowanie:

Nazwa pola	Wartość
pełnoletnie	
do 18 roku życia	
łącznie	
pełnoletnie na wózkach	
do 18 roku życia na wózkach	
łącznie na wózkach	

c) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wystąpienia projektodawcy lub wniosku o dofinansowanie:

d) liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych, których uczestnikom beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia projektodawcy lub wniosku o dofinansowanie:

7. KOSZT REALIZACJI PROJEKTU

Lp.	Nazwa pola	Wartość
A.	Łączny koszt realizacji projektu:	
	Słownie złotych:	
B.	Własne środki przeznaczone na realizację projektu:	
	Słownie złotych:	
C.	Inne źródła finansowania ogółem: (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON)	
	Słownie złotych:	
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:	
	Słownie złotych:	

8. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**9. ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO CZĘŚCI 2D WNIOSKU**

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono		Data uzupełnienia
		tak	nie	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 informacją o dodatkowym wyposażeniu (windy, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 6 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wniosku:

<i>Data</i>	<i>Podpis pracownika PFRON</i>	<i>Pieczątką imienna pracownika PFRON</i>

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:

Nazwa pola	Wartość
Projekt dotyczy terenu:	<input type="checkbox"/> miejskiego <input type="checkbox"/> wiejskiego <input type="checkbox"/> miejsko-wiejskiego
Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie WTZ oraz nazwa i adres projektodawcy prowadzącego obiekt:	
Dokładna lokalizacja obiektu	Województwo:
	Powiat:
	Gmina:
	Kod pocztowy:

	Miejscowość:	
	Ulica:	
	Nr posesji:	
	Nr lokalu:	
NIP:		
REGON:		
Nr identyfikacyjny PFRON: (należy wypełnić jeśli posiada)		

2. DIAGNOZA SYTUACJI, Z KTÓREJ WYNIKAĆ BĘDZIE KONIECZNOŚĆ PODJĘCIA DZIAŁAŃ OPISANYCH W PROJEKCIE

3. HARMONOGRAM REALIZACJI PROJEKTU

Nazwa pola	Wartość
Rozpoczęcie realizacji projektu:	
Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):	

4. WARTOŚĆ WSKAŹNIKÓW BAZOWYCH

Nazwa pola	Wartość
a) 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	
b) 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

Lp.	Nazwa pola	Wartość
A.	Łączny koszt realizacji projektu:	
	Słownie złotych:	
B.	Własne środki przeznaczone na realizację projektu:	
	Słownie złotych:	
C.	Inne źródła finansowania ogółem: (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON)	
	Słownie złotych:	
D.	Inne środki PFRON (np. przekazywane algorytmem) przeznaczone na realizację projektu:	
	Słownie złotych:	
E.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:	
	Słownie złotych:	

6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

7. ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO CZĘŚCI 2F WNIOSKU

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono		Data uzupełnienia
		tak	nie	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 8 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wniosku:

<i>Data</i>	<i>Podpis pracownika PFRON</i>	<i>Pieczętka imienna pracownika PFRON</i>

CZĘŚĆ 2G WNIOSKU – INFORMACJE O PROJEKCIE PLANOWANYM DO REALIZACJI W RAMACH OBSZARU G PROGRAMU

1. OPIS PROJEKTU

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

Nazwa projektodawcy realizującego obszar G:

Nazwa pola		Wartość
Adres	Województwo:	
	Powiat:	
	Gmina:	
	Kod pocztowy:	
	Miejscowość:	
	Ulica:	
	Nr posesji:	
	Nr lokalu:	
Osoba do kontaktu – Imię i nazwisko:		
Osoba do kontaktu – Nr telefonu:		
NIP:		
REGON:		
Nr identyfikacyjny PFRON: (należy wypełnić jeśli posiada)		

Cel projektu:

Uzasadnienie potrzeby skierowania do powiatu dodatkowych środków na zadania dotyczące aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych zawierające informację o planowanym sposobie ich wydatkowania:

Projekt dotyczy terenu:

miejskiego wiejskiego miejsko-wiejskiego

**2. DIAGNOZA SYTUACJI, Z KTÓREJ WYNIKAĆ BĘDZIE KONIECZNOŚĆ
PODJĘCIA DZIAŁAŃ OPISANYCH W PROJEKCIE**

3. HARMONOGRAM REALIZACJI PROJEKTU

Nazwa pola	Wartość
Rozpoczęcie realizacji projektu:	
Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):	

4. WARTOŚĆ WSKAŹNIKÓW BAZOWYCH

Nazwa pola	Wartość
a) 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	
b) wysokość środków zaplanowanych przez powiat na zadania dotyczące aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wniosku o dofinansowanie	

5. KOSZT REALIZACJI PROJEKTU

Lp.	Nazwa pola	Wartość
A.	Środki PFRON przekazywane algorytmem zabezpieczone w planie finansowym powiatu na realizację zadań dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w roku realizacji projektu:	
	Słownie złotych:	
B.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:	
	Słownie złotych:	
	w tym na obsługę:	
	Słownie złotych:	

6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

7. ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO CZĘŚCI 2G WNIOSKU

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

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2G Wniosku:

<i>Data</i>	<i>Podpis pracownika PFRON</i>	<i>Pieczętka imienna pracownika PFRON</i>

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 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.

Wnoszę o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku:

Miejscowość	Data

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych:

Pieczętka imienna	Pieczętka imienna