

Wniosek złożono w _____ PCPR w Nowym Sączu
w dniu _____

Nr sprawy: _____

(Wypełnia PCPR)

Wniosek
o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach
obszaru B, C, D, F
„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 i nazwisko osoby do kontaktu: _____

Numer telefonu osoby do kontaktu: _____

Adres www: _____

e-mail: _____

adres skrzynki ePUAP: _____

Numer identyfikacyjny NIP: _____

Numer identyfikacyjny REGON: _____

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”
Numer KRS _____
Numer identyfikacyjny PFRON: _____

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

Imię, nazwisko, funkcja: _____

Imię, nazwisko, funkcja: _____

3. Załączniki (dokumenty) wymagane do Wniosku

- 1) Pełnomocnictwo w przypadku, gdy Wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Jednostki samorządu:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 2) Oświadczenie dotyczące powiatu, starostwa powiatowego i jednostek organizacyjnych powiatu, których dotyczy Wniosek o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 3) Oświadczenie dotyczące powiatu, starostwa powiatowego i jednostek organizacyjnych powiatu, których dotyczy Wniosek o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 4) Pełnomocnictwo lub inny dokument potwierdzający uprawnienia Projektodawcy do zaciągania zobowiązań finansowych (np. uchwała o powołaniu na stanowisko itp.)
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 5) Aktualny dokument potwierdzający status prawny i jednostek organizacyjnych Projektodawcy, których dotyczy wniosek (np. Statut, KRS)
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

- 6) Udokumentowana informacja o zapewnieniu środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie zadania w wysokości nie objętej dofinansowaniem
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 7) Oświadczenie dotyczące konta bankowego na które mają zostać przekazane środki PFRON

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 8) Projektodawca prowadzący działalność gospodarczą:

1/ Informacja o otrzymanej pomocy de minimis (zł.) i (EUR) w roku złożenia wniosku, wg stanu na dzień poprzedzający złożenia wniosku wraz z dwoma poprzednimi latami bilansowymi lub oświadczenie o nie otrzymaniu takiej pomocy.

2/ kwoty (zł.) i przeznaczenie innej pomocy w zakresie tych samych kosztów kwalifikowanych, których dotyczy składany wniosek w roku złożenia wniosku wg stanu na dzień poprzedzający złożenia wniosku wraz z dwoma poprzednimi latami bilansowymi lub oświadczenie o nie otrzymaniu takiej pomocy.

3/ w przypadku otrzymania pomocy, o której mowa w pt. /2 – oświadczenia, że otrzymana aktualnie wnioskowana pomoc de minimis nie spowoduje przekroczenia maksymalnej intensywności określonej dla innego rodzaju pomocy w zakresie tych samych kosztów kwalifikowanych.

4/ oświadczenie o spełnieniu warunków określonych w artykule 1 ust 1 rozporządzenia Komisji (WE) 1998/2006 z 15 grudnia 2006 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu do pomocy de minimis;

5/ oświadczenie o prowadzeniu działalności w sektorze transportu, jeżeli taki przypadek ma miejsce.

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wniosku:

podpis pracownika PCPR i data

Część 2 Wniosku: Informacje o projektach

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

Lp.	Nazwa Projektu

2. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez samorząd powiatowy w ramach obszaru C programu (część 2C Wniosku):

Lp.	Nazwa Projektu

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

Lp.	Nazwa Projektu

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

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

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

- 2) Nazwa Projektodawcy: _____
- 3) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) _____
- 4) NIP: _____ ; Nr identyfikacyjny PFRON: _____ ;
- 5) Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT: _____
- 6) Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe)
Podstawa prawna: _____
- 7) Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu): _____
- 8) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: _____ w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: _____
- 9) Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier, data budowy obiektu i data oddania do użytkowania: _____
- 10) Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): _____
- 11) NIP: _____
- 12) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić, jeżeli posiada): _____

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

3. Harmonogram realizacji projektu

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

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): _____

4. Wartość wskaźników bazowych

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

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

5. Koszt realizacji projektu

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

6. Informacja o VAT

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

7. Informacje dotyczące pomocy publicznej

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

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

- 1) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 2) Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych (min 2):
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 3) Kopia dokumentu potwierdzającego rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku: Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 4) Oświadczenie, że projekt uwzględnia uniwersalne projektowanie lub racjonalne usprawnienie, o którym mowa w art. 2 Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 5) Oświadczenie, że zakres prac w projekcie jest zgodny z Standardami dostępności dla polityki spójności 2021-2027:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 6) Dokumentacja fotograficzna dotycząca przeprowadzanych inwestycji – o ile dotyczy
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 7) Oświadczenie Projektodawcy, że przy realizacji projektu dofinansowanego ze środków PFRON zobowiązuje się do:
- przestrzegania przepisów o zamówieniach publicznych;
 - dokonywania zakupów i/lub zamawiania usług z zastosowanie odpowiedniego dla danego przypadku trybu zamówienia przewidzianego w przepisach o zamówieniach publicznych
 - przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych.

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 8) O ile dotyczy:
- a) oświadczenie, że projekt będzie wykonywany w placówce edukacyjnej działającej zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 roku Prawo oświatowe: Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
 - b) dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów,
 - c) rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego i projektowanego do wykonania,
 - d) dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu,
 - e) kopia pozwolenia na budowę – jeśli pozwolenie jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów,
 - f) zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu
– jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wniosku:

podpis pracownika PCPR data

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

Uwaga!

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

1. Opis projektu

- 1) Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku): _____
- 2) _____
- 3) Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych: _____

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

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

- 13) 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 jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie: _____

5. Koszt realizacji projektu

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

6. Informacja o VAT

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

7. Informacje dotyczące pomocy publicznej

- 1) Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 2) Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 3) Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);

- 4) Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 5) Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe).

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

- 1) Porozumienie intencyjne w sprawie utworzenia spółdzielni socjalnej osób prawnych:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 2) Wykaz robót adaptacyjnych dotyczących obiektu spółdzielni, ich opis i koszt, wraz z kopiami wycen i ofert: Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 3) Zgoda właściciela budynku na realizację zadań będących przedmiotem projektu (jeśli dotyczy)
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 4) Pozwolenie na budowę (jeśli dotyczy)
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 5) Wykaz urządzeń i sprzętu dotyczącego adaptacji obiektu spółdzielni wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 6) Wykaz wyposażenia spółdzielni, specyfikację niezbędnego wyposażenia oraz koszt:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

- 7) Wykaz stanowisk pracy tworzonych w ramach projektu w spółdzielni, zawierający nazwę stanowiska, specyfikację niezbędnego wyposażenia stanowiska wraz z kopiami ofert cenowych oraz koszt wyposażenia stanowiska:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
- 8) Oświadczenie, że projekt uwzględnia uniwersalne projektowanie lub racjonalne usprawnienie, o którym mowa w art. 2 Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych.

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data Uzupełnienia: _____

- 9) Oświadczenie, że zakres prac jest zgodny z Standardami dostępności dla polityki spójności 2021-2027.

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2C Wniosku:

podpis pracownika PCPR i data

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

Uwaga!

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

1. Opis projektu

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

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

- 9) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: _____ ,
w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: _____ .
- 10) Nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem: _____
- 11) Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): _____

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

2. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

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

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

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

6) Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu: _____

3. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

5. Harmonogram realizacji projektu

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

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): _____

6. Wartość wskaźników bazowych

1) liczba pojazdów (w rozbiciu na mikrobusy-pojazdy o liczbie miejsc 9 łącznie z kierowcą i autobusy) wykorzystywanych do przewozu osób niepełnosprawnych będących w posiadaniu beneficjenta, w tym pojazdów przystosowanych do przewozu osób na wózkach inwalidzkich, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie:

a) Liczba mikrobusów: _____, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: _____;

b) Liczba autobusów: _____, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: _____.

2) liczba osób niepełnosprawnych, z wyodrębnieniem osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich, którym beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

- a) Osoby niepełnosprawne łącznie: _____, w tym osoby pełnoletnie: _____
i osoby do 18 roku życia: _____;
- b) Osoby niepełnosprawne na wózkach łącznie: _____, w tym osoby
pełnoletnie na wózkach: _____ i osoby do 18 roku życia na wózkach: _____
- 3) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie: _____
- 4) liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych / warsztatów terapii zajęciowej, których uczestnikom beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie:
- a) Placówki służące rehabilitacji: _____
- b) Warsztaty terapii zajęciowej: _____

7. Koszt realizacji projektu

- 1) łączny koszt realizacji projektu: _____ zł,
słownie złotych: _____
- 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu: _____ zł,
słownie złotych: _____
- 3) Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyręczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): _____ zł,
słownie złotych: _____
- 4) 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 (wybrać odpowiednio). Podstawa prawna: _____

9. Informacje dotycząca pomocy publicznej

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

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

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

- 1) Wykaz pojazdów (wraz z kopiami ofert cenowych – **min 2 oferty**), 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:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
- 2) Oświadczenie, iż będąc podatnikiem podatku VAT (VAT nie jest kwalifikowany) beneficjent nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony, ze względu na wyłączenie możliwości odliczenia podatku naliczonego, wynikające z obowiązujących przepisów prawa
- o ile dotyczy
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
- 3) Oświadczenie Projektodawcy, że przy realizacji projektu dofinansowanego ze środków PFRON zobowiązuje się do:
- przestrzegania przepisów o zamówieniach publicznych;
- dokonywania zakupów i/lub zamawiania usług z zastosowaniem odpowiedniego dla danego przypadku, trybu zamówienia przewidzianego w przepisach o zamówienia publicznych;
- przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych;
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wniosku:

podpis pracownika PCPR i data

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

Uwaga!

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

1. Przedmiot projektu

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

2. Opis projektu

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

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

- 9) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: _____,
w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: ____
- 10) Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie WTZ / nazwa remontowanego lub modernizowanego WTZ, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej: _____
- 11) Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): _____
- 12) NIP: _____
- 13) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić, jeżeli posiada): _____

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

4. Harmonogram realizacji projektu

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

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): _____

5. Wartość wskaźników bazowych

- 1) Liczba warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowych domów samopomocy i zakładów aktywności zawodowej na terenie powiatu (według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok wystąpienia 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): _____
- 2) Wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora w programie o uczestnictwo w programie: _____
- 3) Wysokość środków przeznaczonych w planie 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

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

- 4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: _____ zł,
słownie złotych: _____

7. Informacja o VAT

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

8. Informacje dotyczące pomocy publicznej

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

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

- 1) W przypadku projektów, których przedmiotem jest utworzenie warsztatu terapii zajęciowej: dokumenty o których mowa w paragrafie 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 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):
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 3) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert – w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

środowiskowego domu samopomocy (jeżeli dotyczy):

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 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):

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 5) Wykaz wyposażenia, urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz kopie ofert cenowych:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 6) Aktualny wypis z rejestru sądowego lub inny dokument potwierdzający osobowość prawną jednostki prowadzącej WTZ o ile dotyczy.

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 7) Oświadczenie, że projekt uwzględnia uniwersalne projektowanie lub racjonalne usprawnienie, o którym mowa w art. 2 Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych.

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 8) Oświadczenie, że zakres prac w projekcie jest zgodny ze Standardami dostępności dla polityki spójności 2021-2027

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 9) Dokumentacja fotograficzna dotycząca przeprowadzanych inwestycji.

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 10) Oświadczenie Projektodawcy, że przy realizacji projektu dofinansowanego ze środków PFRON zobowiązuje się do:
- przestrzegania przepisów o zamówieniach publicznych;
 - dokonywania zakupów i/lub zamawiania usług z zastosowaniem odpowiedniego dla danego przypadku, trybu zamówienia przewidzianego w przepisach o zamówieniach publicznych;
 - przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych.

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 11) W przypadku remontu lub modernizacji warsztatu terapii zajęciowej, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej 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

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wniosku:

podpis pracownika PCPR i data

Oświadczenia Projektodawcy

1. **Oświadczam**, że podane we Wniosku informacje są zgodne z prawdą.
2. **Oświadczam**, że znane są mi zapisy programu i procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”.
3. **Oświadczam**, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego Wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wniosku.
4. **Oświadczam**, że na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON
5. **Oświadczam**, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wniosku są zgodne z samorządowym programem działań na rzecz osób niepełnosprawnych.
6. **Oświadczam**, że podczas realizacji projektu, przy przetwarzaniu danych osobowych, reprezentowany przez mnie podmiot będzie przestrzegać obowiązków administratora danych osobowych wynikających z przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r/ o ochronie danych osobowych.
7. **Oświadczam**, że podczas realizacji projektu, przy przetwarzaniu danych osobowych Projektodawca/Wnioskodawca zobowiązany jest do przestrzegania obowiązków administratora danych osobowych, wynikających z przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rad (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzanie danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej „RODO” oraz ustaw z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

1. Projektodawca / Wnioskodawca zobowiązany jest w szczególności do:

- 1) uzyskania (zgodnie z postanowieniami art. 6 ust. 1 lit. a lub art. 9 ust. 1 lit. a RODO) zgody na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych od każdej osoby, której dane zostaną zgromadzone przez Projektodawcę / Wnioskodawcę w ramach realizacji projektu w przypadku gdy przetwarzanie jej danych osobowych nie może być oparte na innej podstawie prawnej wskazanej w art. 6 (dla danych zwykłych) lub art. 9 RODO (dla szczególnych kategorii danych osobowych); zgoda musi być udzielona na warunkach określonych w art. 7 RODO. Zbieranie zgód ma zastosowanie jedynie w przypadku gdy Projektodawcy / Wnioskodawcy są zobowiązani do zbierania danych osobowych beneficjentów ostatecznych pomocy.
- 2) spełnienia obowiązków informacyjnych wynikających z art. 13 RODO (wypełniając obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 RODO Projektodawca / Wnioskodawca zobowiązany jest również do poinformowania beneficjentów ostatecznych programu,

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

że ich dane osobowe zostaną przekazane do PFRON – PFRON przetwarza dane ww. osób w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez Projektodawcę / Wnioskodawcę oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych);

3) przestrzegania praw osób, których dane dotyczą, określonych w rozdziale III RODO;

4) prowadzenia rejestru czynności przetwarzania danych osobowych (art. 30 RODO);

5) zachowania bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych (art. 32 RODO); 6) przeprowadzenia czynności wskazanych w art. 35 ust. 1-7 RODO

2. PFRON i PCPR zastrzegając sobie prawo kontroli sposobu wykonywania przez Wnioskodawcę zobowiązań, o których mogą w ust 1. Projektodawca/Wnioskodawca zobowiązany jest do udostępniania PFRON i PCPR na każde wezwanie w siedzibie PCPR bądź u Projektodawcy/Wnioskodawcy oświadczeń beneficjentów ostatecznych projektów oraz personelu projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuje o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym Wniosku.

(miejsowość i data)

Podpis

Podpis

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych