Załącznik nr 6
do Procedur realizacji
„Programu wyrównywania
różnic między regionami III”

Wniosek złożono w _____ PFRON
w dniu _____

Nr sprawy:
_____
(Wypełnia PFRON)

Wniosek
o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach obszaru B, C, D, F i G
„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 Jednostce samorządu

1. Nazwa i adres samorządu powiatowego

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: _____
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 upełnomocnione do reprezentowania Jednostki samorządu:
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia PFRON
   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 PFRON
   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 PFRON
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wniosku:

_____
podpis pracownika PFRON 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

5. Projekt planowany do realizacji przez samorząd powiatowy w ramach obszaru G programu (część 2G Wniosku):

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.

1) Niepełnosprawni ogółem: _____
2) Niepełnosprawni do 18 roku życia: _____

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 uzupełniające

_____
_____
_____
_____
_____

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 PFRON
   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:
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia PFRON
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
3) Dokument potwierdzający tytuł prawny do budynku
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia PFRON
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
4) Pozwolenie na budowę (jeśli dotyczy)
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia PFRON
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____

5) Opinia wystawiona przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane o jakich mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1-2 ustawy Prawo budowlane, o spełnianiu przez projekt warunków, o których mowa w rozdziale I ust. 3 Załącznika nr 1 do Procedury Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia PFRON
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
6) Kopia dokumentu potwierdzającego rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku: Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia PFRON
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
7) O ile dotyczy: oświadczenie, że projekt będzie wykonywany w placówce edukacyjnej działającej zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 oku Prawo oświatowe: Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia PFRON
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wniosku:

_____
podpis pracownika PFRON i 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) Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych:
_____
_____
_____
_____
_____

3) Nazwa Projektodawcy:
_____

4) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy):
_____
_____
_____

5) NIP: _____
6) Nr identyfikacyjny PFRON: _____
7) Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT: _____
8) 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:
_____

9) Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):
_____
_____
_____
_____
_____

10) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt:

_____

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

_____
_____
_____

12) 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 uzupełniające

_____
_____
_____
_____
_____

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

1) Porozumienie intencyjne w sprawie utworzenia spółdzielni socjalnej osób prawnych:
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia PFRON
   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 PFRON
   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 PFRON
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____

4) Pozwolenie na budowę (jeśli dotyczy)
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia PFRON
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
5) Opinia wystawiona przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane o jakich mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1-2 ustawy Prawo budowlane, o spełnianiu przez projekt warunków, o których mowa w rozdziale I ust. 3 Załącznika nr 1 do Procedury
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia PFRON
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
6) 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 PFRON
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
7) Wykaz wyposażenia spółdzielni, specyfikację niezbędnego wyposażenia oraz koszt:
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia PFRON
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
8) Wykaz stanowisk pracy tworzonych w ramach projektu w spółdzielni, zawierający nazwę stanowiska, specyfikację niezbędnego wyposażenia stanowiska wraz z kopiami ofert cenowych oraz koszt wyposażenia stanowiska:
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia PFRON
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2C Wniosku:

_____

podpis pracownika PFRON 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:
   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, przyrzeczone, 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 uzupełniające

_____
_____
_____
_____
_____

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

Wykaz pojazdów (wraz z kopiami ofert cenowych), 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:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PFRON
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wniosku:

_____
podpis pracownika PFRON 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 dofinasowanie), 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 jednostki samorządu terytorialnego programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego o uczestnictwo w programie lub wniosku o dofinansowanie:

_____

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 uzupełniające

_____
_____
_____
_____
_____

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 marce 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PFRON
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 PFRON
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 środowiskowego domu samopomocy (jeżeli dotyczy):
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PFRON
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 PFRON
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 PFRON
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____

6) Dokument potwierdzający tytuł prawny do budynku
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PFRON
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____

7) Pozwolenie na budowę (jeśli dotyczy)
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia PFRON
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____
8) Opinia wystawiona przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane o jakich mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1-2 ustawy Prawo budowlane, o spełnianiu przez projekt warunków, o których mowa w rozdziale I ust. 3 Załącznika nr 1 do Procedury
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
   Wypełnia PFRON
   Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
   Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wniosku:

_____
podpis pracownika PFRON i data

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

1. Opis projektu

1) Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):
_____
_____
_____
2) Nazwa Jednostki samorządu powiatowego realizującej obszar G:
_____
_____
3) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy):
_____
_____
_____
4) NIP: _____;
5) Nr identyfikacyjny PFRON: _____;
6) Imię, nazwisko i numer telefonu osoby do kontaktu:
_____
7) Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):
_____
_____
_____
8) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: _____ ,
w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: _____ .
9) 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)
_____
_____
_____

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

1) liczba osób niepełnosprawnych zarejestrowanych jako bezrobotne lub poszukujące pracy na terenie powiatu, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia przez samorząd powiatowy wniosku o dofinansowanie,
2) wysokość środków zaplanowanych przez powiat na zadania dotyczące aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych, na rok złożenia wniosku o dofinansowanie.

5. Koszt realizacji projektu

1) Środki PFRON przekazywane algorytmem zabezpieczone w planie finansowym powiatu na realizację zadań dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w roku realizacji projektu: _____ zł, słownie złotych: _____
2) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: _____ zł, słownie złotych: _____
3) Wnioskowana kwota na obsługę (2,5% od kwoty w pkt 2): _____ zł, słownie złotych: _____

6. Informacje uzupełniające

_____
_____
_____
_____
_____

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

Dokument potwierdzający wysokość środków algorytmu zabezpieczonych w planie finansowym powiatu na realizację zadań własnych dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PFRON

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2G Wniosku:

_____

podpis pracownika PFRON i data

Oświadczenia samorządu powiatowego

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 koszty realizacji projektów wyszczególnionych w części 2B, 2C, 2F Wniosku, o jakie wnioskuje Jednostka samorządu dotyczą wyłącznie likwidacji barier i zwiększeniu dostępności obiektów budowlanych (jeśli dotyczy).
5. **Oświadczam**, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wniosku zostały zweryfikowane pod względem formalnym i merytorycznym.

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuję o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym Wniosku.

_____
(miejscowość i data)

_____ _____

Podpis Podpis

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych