

Wniosek złożono:

Nr sprawy:

## WNIOSEK

### w sprawie uczestnictwa w realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”- obszar B,C,D,F i G

**Pouczenie:**

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

#### Część 1 WNIOSKU: Dane i informacje

#### 1. Nazwa i adres Projektodawcy składającego Wniosek

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

#### 2. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych:

<p>(pieczęćka imienna)</p> <p>podpis.....</p>	<p>(pieczęćka imienna)</p> <p>podpis.....</p>
---	---

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

Czy Podmiot jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	tak: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy Podmiot zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Numer identyfikacyjny PFRON		
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia Wystąpienia	.....zł	

**4. Informacje o Projektodawcy**

REGON	Nr identyfikacyjny NIP
Czy Podmiot jest podatnikiem VAT:	tak: <input type="checkbox"/> nie: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT .....	
Podmiot jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak: <input type="checkbox"/> nie: <input type="checkbox"/>	
podstawa prawna:.....	

**5. Załączniki (dokumenty) wymagane do Wniosku**

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie		
1.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy Wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Podmiotu				
2.	Zaświadczenie z ZUS Podmiotu którego dotyczy wystąpienie o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wystąpienia) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy				

3.	Dokumenty z Urzędu Skarbowego dotyczące Podmiotu oraz innych Podmiotów, których dotyczy wystąpienie: decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wystąpienia) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy				
----	---	--	--	--	--

## Część 2 WNIOSKU: Informacje o projektach

### 1. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru B programu:

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu

### 2. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru C programu:

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu

### 3. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru D programu:

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu

**4. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru F programu:**

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu

**5. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru G programu:**

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu

**Część 2B WNIOSKU: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru B programu**

**UWAGA!**

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

## 1. Opis projektu

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

.....  
.....

Nazwa Projektodawcy:.....

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy).....

NIP ..... ;REGON .....; Nr identyfikacyjny PFRON .....;

Czy projektodawca jest podatnikiem VAT      tak       nie

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT .....

Wnioskodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania

kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak:  nie:

podstawa prawna:.....

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

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

Projekt dotyczy terenu:    miejskiego ;      wiejskiego ;      miejsko-wiejskiego ;

Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: .....

w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: .....

Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier.....  
 .....  
 .....  
 Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): .....  
 .....  
 NIP\* .....; REGON\* .....; Nr identyfikacyjny PFRON\* .....;

\* należy wypełnić jeżeli jest inny niż projektodawcy

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

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

**3. Harmonogram realizacji projektu**

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

**4. Wartość wskaźników bazowych:**

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	<b>niepełnosprawni ogółem</b>	<b>niepełnosprawni do 18 roku życia</b>
	<b>niepełnosprawni pełnoletni na wózkach</b>	<b>niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach</b>

**5. Koszt realizacji projektu**

A.	Łączny koszt realizacji projektu: .....zł słownie złotych: .....
B.	Środki własne Projektodawcy przeznaczone na realizację projektu: .....zł słownie złotych: ..... .....
C.	Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): .....zł słownie złotych: ..... .....
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .....zł słownie złotych: ..... .....

## 6. Informacje dotyczące pomocy publicznej

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej      tak       nie

Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą      tak       nie ;

Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej      tak       nie ;

Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE      tak       nie ;

Planowana pomoc jest pomocą *de minimis*      tak       nie ;

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono		Uzupełniono	Data uzupełnienia
		tak	nie	tak/nie	
1.	Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kosztorysami, wycenami i ofertami				
2.	Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń oferty cenowe				

3.	<p>O ile dotyczy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów,</li> <li>b) rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego i projektowanego do wykonania,</li> <li>c) dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu,</li> <li>d) kopia pozwolenia na budowę – jeśli pozwolenie jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów,</li> <li>e) zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów,</li> <li>f) dokument potwierdzający rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku.</li> </ul>				
----	---	--	--	--	--

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

*pieczęćka imienna, podpis pracownika*

*data, podpis:*

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

**UWAGA!**

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

**1. Opis projektu**

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

.....

.....



Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych

1.Nazwa Projektodawcy:.....

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy).....

NIP ..... ;REGON .....; Nr identyfikacyjny PFRON .....

Czy projektodawca jest płatnikiem VAT      tak       nie

Podstawa prawna zwolnienia z podatku vat .....

Projektodawca jest płatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania

kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak:  nie:

podstawa prawna:.....

2.Nazwa Projektodawcy:.....

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy).....

NIP ..... ;REGON .....; Nr identyfikacyjny PFRON .....

Czy projektodawca jest płatnikiem VAT      tak       nie

Podstawa prawna zwolnienia z podatku vat .....

Projektodawca jest płatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania

kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak:  nie:

podstawa prawna:.....

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

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

Projekt dotyczy terenu:    miejskiego ;      wiejskiego ;      miejsko-wiejskiego ;

Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: .....



**4. Wartość wskaźników bazowych:**

a) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na utworzenie spółdzielni socjalnej osób prawnych, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie	
---	--

**5. Koszt realizacji projektu**

A.	Łączny koszt realizacji projektu: .....zł słownie złotych: .....
B.	Środki własne Projektodawcy przeznaczone na realizację projektu: .....zł słownie złotych: .....
C.	Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): .....zł słownie złotych: .....
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .....zł słownie złotych: .....

**6. Informacje dotyczące pomocy publicznej**

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej      tak       nie

Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą      tak       nie ;

Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej      tak       nie ;

Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE      tak       nie ;

Planowana pomoc jest pomocą *de minimis*      tak       nie ;

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	Porozumienie intencyjne w sprawie utworzenia spółdzielni socjalnej osób prawnych				
2.	Wykaz robót adaptacyjnych dotyczących obiektu spółdzielni, ich opis i koszt wraz z kopiami kosztorysów, wycen i ofert				
3.	Wykaz urządzeń i sprzętu dotyczącego adaptacji obiektu spółdzielni wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych				
4.	Wykaz wyposażenia spółdzielni, specyfikację niezbędnego wyposażenia oraz koszt				
5.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu				
6.	Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów				
7.	Zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów				
8.	Wykaz stanowisk pracy tworzonych w ramach projektu w spółdzielni, zawierający nazwę stanowiska, specyfikację niezbędnego wyposażenia stanowiska wraz z kopiami ofert cenowych oraz koszt wyposażenia stanowiska				

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

*pieczęćka imienna, podpis pracownika*

*data, podpis:*

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

**UWAGA!**

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

**1. Opis projektu**

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

.....  
.....

Nazwa Projektodawcy:.....

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy).....

NIP ..... ;REGON .....; Nr identyfikacyjny PFRON .....

Czy projektodawca jest podatnikiem VAT      tak       nie

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT .....

Wnioskodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony    tak:     nie:

podstawa prawna:.....

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

.....  
.....

Projekt dotyczy terenu:    miejskiego ;      wiejskiego ;      miejsko-wiejskiego ;

Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: .....

w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: .....

Nazwa jednostki organizacyjnej projektodawcy, która będzie dysponować pojazdem

Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):

NIP.....\*; REGON .....\*; Nr identyfikacyjny PFRON\* .....

\*należy wypełnić jeżeli posiada

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

w przypadku obszernego opisu – w załączeniu

Nazwa placówki służącej rehabilitacji/warsztatu terapii zajęciowej:.....

Data rozpoczęcia działalności (dzień/ miesiąc/rok):.....

Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):

NIP.....\*; REGON .....\*; Nr identyfikacyjny PFRON\* .....

\*należy wypełnić jeżeli posiada

**Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu:**



## 5. Harmonogram realizacji projektu

Rozpoczęcie realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok): .....

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): .....

## 6. Wartość wskaźników bazowych:

<p>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 jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie</p>	<p><b>Liczba mikrobusów ....., w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach .....</b>  <b>Liczba autobusów ....., w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach .....</b></p>		
<p>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 jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie</p>	<b>osoby niepełnosprawne</b>		
	<b>pełnoletnie</b>	<b>do 18 roku życia</b>	<b>łącznie</b>
	<b>pełnoletnie na wózkach</b>	<b>do 18 roku życia na wózkach</b>	<b>łącznie na wózkach</b>
<p>c) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie</p>			
<p>d) liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych, których uczestnikom beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie</p>			

## 7. Koszt realizacji projektu

A.	<p>Łączny koszt realizacji projektu: .....zł  słownie złotych: .....</p>
B.	<p>Środki własne Projektodawcy przeznaczone na realizację projektu: .....zł  słownie złotych: .....</p>



C.	Inne źródła finansowania ogółem ( <i>środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON</i> ): .....zł słownie złotych: .....
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .....zł słownie złotych: .....

## 8. Informacje dotyczące pomocy publicznej

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej      tak       nie

Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą      tak       nie ;

Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej      tak       nie ;

Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE      tak       nie ;

Planowana pomoc jest pomocą *de minimis*      tak       nie ;

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PCPR)</i>	
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				

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

<i>pieczęćka imienna, podpis pracownika</i>
<i>data, podpis:</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):

.....  
.....

Nazwa Projektodawcy:.....

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy).....

NIP ..... ;REGON ..... ; Nr identyfikacyjny PFRON .....

Czy projektodawca jest podatnikiem VAT      tak       nie

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT .....

Wnioskodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony    tak:     nie:

podstawa prawna:.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Projekt dotyczy terenu:   miejskiego ;       wiejskiego ;       miejsko-wiejskiego ;

Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: .....

Dokładna lokalizacja obiektu, w którym planowane jest utworzenie lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):

.....

.....

.....

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

### 3. Harmonogram realizacji projektu

Rozpoczęcie realizacji projektu ( <i>dzień, miesiąc, rok</i> ): .....
Przewidywany czas realizacji ( <i>w miesiącach</i> ): .....
.....

### 4. Wartość wskaźników bazowych:

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

A.	Łączny koszt realizacji projektu: .....zł słownie złotych: .....
B.	Środki własne Projektodawcy przeznaczone na realizację projektu: .....zł słownie złotych: .....
C.	Inne źródła finansowania ogółem ( <i>środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON</i> ): .....zł słownie złotych: .....

D.	Środki PFRON przekazywane algorytmem przeznaczone na realizację projektu słownie złotych .....
E.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .....zł słownie złotych: .....

## 6. Informacje dotyczące pomocy publicznej

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej      tak       nie

Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą      tak       nie ;

Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej      tak       nie ;

Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE      tak       nie ;

Planowana pomoc jest pomocą *de minimis*      tak       nie ;

## 7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2 F Wystąpienia

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PCPR)</i>	
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)				

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

<i>pieczętka imienna, podpis pracownika</i>
<i>data, podpis:</i>

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

**1. Opis projektu**

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

.....  
.....

Nazwa Projektodawcy:.....

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy).....

NIP ..... ;REGON .....; Nr identyfikacyjny PFRON .....

Czy projektodawca jest podatnikiem VAT      tak       nie

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT .....

Wnioskodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony    tak:     nie:   
podstawa prawna:.....

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

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

Projekt dotyczy terenu:   miejskiego ;       wiejskiego ;       miejsko-wiejskiego ;

Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: .....

Uzasadnienie potrzeby skierowania dodatkowych środków na zadanie dotyczące aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych zawierające informację dotyczącą 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)

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





C.	Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): .....zł słownie złotych: .....
D.	Środki PFRON przekazywane algorytmem przeznaczone na realizację projektu słownie złotych .....
E.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .....zł słownie złotych: .....

## 6. Informacje uzupełniające

..... ..... .....
-------------------------

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PCPR)</i>	
1.	wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na realizację zadań dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych, w roku wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie				

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

pieczęćka imienna, podpis pracownika  data, podpis:
---

**Oświadczenia:**

**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 wystąpienia.

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

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

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

**Uwaga!**

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuje o dofinansowanie projektu/ów wymienionych w niniejszym wniosku	
..... dnia .....r.	
.....	.....
<i>pieczętka imienna</i>	<i>pieczętka imienna</i>

**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.*