Wniosek złożono w PCPR w Sieradzu
w dniu ...............................................

## WNIOSEK dla jednostek powiatowych

**o dofinansowanie ze środków PFRON projektów
w ramach obszaru B, C, D, F i G „Programu wyrównywania różnic między regionami III” w 2024 roku**

***Pouczenie:***

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

|  |
| --- |
| 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 Nazwisko osoby do kontaktu |
|  |  |  |
| Nr telefonu osoby do kontaktu | adres http://www | e-mail |

2. Osoby uprawnione do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

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

**3. Informacje o Projektodawcy**

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

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa załącznika | **Załączono do wniosku** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PCPR w Sieradzu)*** |
| 1. | Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania Projektodawcy. |  |  |  |  |
| 2. | Pełnomocnictwo lub inny dokument potwierdzający uprawnienia projektodawcy do zaciągania zobowiązań finansowych |  |  |  |  |
| 3. | Zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) |  |  |  |  |
| 4. | Dokumenty z Urzędu Skarbowego: decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) |  |  |  |  |
| 5. | Oświadczenie o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON |  |  |  |  |
| 6. | Wydane przez bank (banki) zaświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego (rachunków bankowych), wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) |  |  |  |  |
| 7. | Aktualny dokument potwierdzający status prawny projektodawcy i jednostki, której dotyczy wniosek |  |  |  |  |
| 8. | Projektodawcy prowadzący działalność gospodarczą, ubiegający się o pomoc de minimis zobowiązani są do przedstawienia:1. informacji o otrzymanej pomocy de minimis (zł) i (EUR) w roku złożenia wniosku, wg stanu na dzień poprzedzający złożenie wniosku wraz z dwoma poprzednimi latami bilansowymi lub oświadczenia o nie otrzymaniu takiej pomocy
2. kwot (zł) i przeznaczenia innej pomocy w zakresie tych samych kosztów kwalifikowalnych, których dotyczy składany wniosek w roku złożenia wniosku wg stanu na dzień poprzedzający złożenie wniosku wraz z dwoma poprzednimi latami bilansowanymi lub oświadczenia o nie otrzymaniu takiej pomocy
3. w przypadku otrzymania pomocy, o której mowa w pkt 2 – oświadczenia, że otrzymanie aktualnie wnioskowanej pomocy de minimis nie spowoduje przekroczenia maksymalnej intensywności określnej dla innego rodzaju pomocy w zakresie tych samych kosztów kwalifikowanych
4. oświadczenia o spełnieniu warunku określonego 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 gospodarczej w sektorze transportu, jeżeli taki przypadek ma miejsce
 |  |  |  |  |
| 9. | Oświadczenie o kwalifikowalności podatku VAT.W przypadku, gdy beneficjent jest podatnikiem VAT, VAT nie jest kwalifikowalny, chyba że beneficjent oświadczy, iż będąc podatnikiem podatku VAT nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony, ze względu na wyłączenie możliwości odliczenia podatku naliczonego, wynikające z obowiązujących przepisów prawa – dotyczące wnioskodawcy i jednostki, której dotyczy wniosek |  |  |  |  |
| 10. | Aktualny formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – jeśli dotyczy |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR w Sieradzu*

 *data, podpis:*

|  |
| --- |
| 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. Projekt planowany do realizacji przez Powiat 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 realizującego projektAdres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) ................................................................. Imię Nazwisko osoby do kontaktu ………………………. Nr telefonu osoby do kontaktu ……..……… NIP .......................... Nr identyfikacyjny PFRON ........................... \*O ile dotyczy\* |
| Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):..............................................................................................................................................................................................................................................................................  |
| Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: …w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: … |
| Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier oraz nazwa i adres Projektodawcy prowadzącego obiekt……………………………………………………..………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ................................................................................................................... .......................................................................................................................................NIP ..................... 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 wskaźnika bazowego

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. liczba osób niepełnosprawnych uczęszczających do środowiskowego domu samopomocy, którego dotyczy projekt lub liczba dzieci i młodzieży niepełnosprawnej uczęszczających do placówki edukacyjnej, której dotyczy projekt, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie, z wyszczególnieniem dzieci i młodzieży oraz osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich
 | **niepełnosprawni ogółem** | **niepełnosprawni do 18 roku życia** |
|  |  |
| **niepełnosprawni pełnoletni na wózkach** | **niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach** |
|  |  |

**5. Koszt realizacji projektu**

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

**6. Informacje uzupełniające**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wniosku** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PCPR w Sieradzu)*** |
| 1. | Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kosztorysami, wycenami i 3 ofertami  |  |  |  |  |
| 2. | Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń oferty cenowe (3 szt.) |  |  |  |  |
| 3. | O ile dotyczy:dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów,rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego i projektowanego do wykonania,dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu,kopia pozwolenia na budowę – jeśli pozwolenie jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów,zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów,dokument potwierdzający rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku (przed dniem 01.01.1995r.) |  |  |  |  |
| 4. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III” |  |  |  |  |
| 5. | Dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów dla adresatów pomocy |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR w Sieradzu*

 *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):....................................................................................................................................... .......................................................................................................................................  |
| Nazwa Projektodawcy realizującego projektAdres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) ................................................................. Imię Nazwisko osoby do kontaktu ………………………. Nr telefonu osoby do kontaktu ……..……… NIP .......................... Nr identyfikacyjny PFRON ........................... \*O ile dotyczy\* |
| Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Nazwa Projektodawcy: .................................................................................................Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) ................................................................. NIP .........................\* Nr identyfikacyjny PFRON ..........................\*O ile dotyczy\*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):..............................................................................................................................................................................................................................................................................  |
| Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: … |
| Nazwa zakładu spółdzielni socjalnej osób prawnych (której utworzenia dotyczy projekt), w którym adaptowane są pomieszczenia i tworzone stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych ……….…………………………………………………………………………... ……………………….…………………………………………………………………………………...Dokładna lokalizacja zakładu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ...................................................................................................................  |

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

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

3. Harmonogram realizacji projektu

|  |
| --- |
| 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**

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

**6. Informacje dotyczące pomocy publicznej**

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

1. **Informacje uzupełniające**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wystąpienia** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PCPR w Sieradzu)*** |
| 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  |  |  |  |  |
| 9. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 5 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III” |  |  |  |  |
| 10. | Dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów dla adresatów pomocy |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR w Sieradzu*

 *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 realizującego projektAdres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) ................................................................. Imię Nazwisko osoby do kontaktu ………………………. Nr telefonu osoby do kontaktu ……..……… NIP .......................... Nr identyfikacyjny PFRON ........................... \*O ile dotyczy\* |
| Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):..............................................................................................................................................................................................................................................................................  |
| Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: …w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: … |
| Nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem:....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ....................................................................................................................................... .......................................................................................................................................NIP ......................... Nr identyfikacyjny PFRON \* ........................ \*należy wypełnić jeżeli posiada |

2. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu

|  |
| --- |
| w przypadku obszernego opisu – w załączeniuNazwa placówki służącej rehabilitacji / warsztatu terapii zajęciowej, która będzie korzystać z pojazdu: …................................................................................................................... ....................................................................................................................................... Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (dzień/ miesiąc/rok) ....................................................................................................................................... Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ..................................................................................................................................... NIP....................\* Nr identyfikacyjny PFRON\* ..................... \*należy wypełnić jeżeli posiada**Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu:**.............................................................................................................................................................................................................................................................................. |

3. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych

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

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

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

5. Harmonogram realizacji projektu

|  |
| --- |
| 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 wniosku o dofinansowanie
 | **Liczba mikrobusów** ......................................**,**  **w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach** .......................................... **Liczba autobusów** ........................................**, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach** ................................................... |
| 1. liczba osób niepełnosprawnych, z wyodrębnieniem osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich, którym beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie
 | **osoby niepełnosprawne** |
| **pełnoletnie** | **do 18 roku życia** | **łącznie** |
|  |  |  |
| **pełnoletnie na wózkach** | **do18 roku życia na wózkach** | **łącznie na wózkach** |
|  |  |  |
| 1. wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wniosku o dofinansowanie
 |  |
| 1. 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 wniosku o dofinansowanie
 | **Placówki służące rehabilitacji** |
|  |
| **Warsztaty terapii zajęciowej** |
|  |

**7. Koszt realizacji projektu**

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

1. **Informacje uzupełniające**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wniosku** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PCPR w Sieradzu)*** |
| 1. | Wykaz pojazdów (wraz z 3 ofertami cenowymi), których zakupu lub przystosowania dotyczy projekt zawierający rodzaj pojazdu, ilość miejsc do przewozu osób niepełnosprawnych, w tym miejsc przystosowanych do kotwiczenia wózków inwalidzkich wraz z informacja o dodatkowym wyposażeniu (winda, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu |  |  |  |  |
| 2. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 6 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III” |  |  |  |  |
| 3. | Charakterystyka prowadzonej przez Projektodawcę działalności |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR W Sieradzu*

 *data, podpis:*

|  |
| --- |
| Część 2F WNIOSKU: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru F programu |

**UWAGA!**

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

1. **Przedmiot projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| Utworzenie warsztatu terapii zajęciowej |  |
| Remont lub modernizację warsztatu terapii zajęciowej |  |

**2. Opis projektu**

|  |
| --- |
| Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... |
| Nazwa Projektodawcy realizującego projektAdres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) ................................................................. Imię Nazwisko osoby do kontaktu ………………………. Nr telefonu osoby do kontaktu ……..……… NIP .......................... Nr identyfikacyjny PFRON ........................... \*O ile dotyczy\* |
| Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  |
| Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: …w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: … |
| Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie WTZ / nazwa remontowanego lub modernizowanego WTZ: ………............................................................................................................................ ...................................................................................................................................... Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ................................................................................................................... .......................................................................................................................................NIP........................ Nr identyfikacyjny PFRON\* …..................... \*należy wypełnić jeżeli posiada |

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

|  |
| --- |
| (w przypadku remontu lub modernizacji warsztatu terapii zajęciowej należy opisać aktualny stan obiektu który ma być remontowany / modernizowany; 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 na terenie powiatu (według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie), w których zidentyfikowano ryzyko likwidacji miejsc dla osób niepełnosprawnych ze względu na degradację infrastruktury warsztatu\*
 |  |
| 1. wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie
 |  |
| 1. wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na przeciwdziałanie degradacji infrastruktury istniejących warsztatów terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie\*
 |  |

\* dotyczy projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej

**6. Koszt realizacji projektu**

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

**7. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| (w przypadku remontu lub modernizacji warsztatu terapii zajęciowej należy wskazać datę oraz zakres ostatniej modernizacji / remontu).....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wniosku** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PCPR w Sieradzu)*** |
| 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 - w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizację warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji WTZ |  |  |  |  |
| 2. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 8 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III” |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR w Sieradzu*

 *data, podpis:*

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

**1. Opis projektu**

|  |
| --- |
| Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... |
| Nazwa Projektodawcy realizującego obszar GAdres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) ................................................................. Imię Nazwisko osoby do kontaktu ………………………. Nr telefonu osoby do kontaktu ……..……… NIP .......................... Nr identyfikacyjny PFRON ........................... \*O ile dotyczy\* |
| Cel projektu: .................................................................................................................. ....................................................................................................................................... |
| Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: … |
| 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

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| wysokość środków zaplanowanych przez powiat na zadania dotyczące aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych, na rok złożenia wniosku o dofinansowanie |  |

**5. Koszt realizacji projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| A. | Środki PFRON przekazywane algorytmem zabezpieczone w planie finansowym powiatu na realizację zadań dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w roku realizacji projektu ……………..………………..……………. złsłownie złotych .........................................................................................................  |
| B. | Wnioskowana kwota ze środków PFRON: .............................................................. złsłownie złotych: ........................................................................................................  |
| C. | Wnioskowana kwota na obsługę (2,5% od kwoty z pozycji B): ................................ złsłownie złotych: ........................................................................................................ |

**6. Informacje uzupełniające**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wniosku** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PCPR w Sieradzu)*** |
| 1. | Dokument potwierdzający wysokość środków algorytmu zabezpieczonych w planie finansowym powiatu na realizację zadań własnych dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych |  |  |  |  |
| 2 | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 9 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR w Sieradzu*

 *data, podpis:*

#### Oświadczenia Projektodawcy

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

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

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

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

**Oświadczam**, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wniosku 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

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

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

 *pieczątka imienna pieczątka imienna*

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

**Pouczenie:**

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

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