

# WNIOSEK

## o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach obszaru D „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

**Pouczenie:**

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

**Część 1 WNIOSKU:**

**Dane i informacje o projektodawcy /wnioskodawcy/**

**1. Nazwa i adres wnioskodawcy**

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 projektodawcy i zaciągania  
zobowiązań finansowych**

(pieczęćka imienna)	(pieczęćka imienna)
podpis .....	podpis .....

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

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

### 4. Informacje o projektodawcy

REGON	Nr identyfikacyjny NIP
Czy projektodawca jest podatnikiem VAT:	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
podstawa prawna: .....	

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

Czy projektodawca korzystał ze środków PFRON		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	
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:	

## Część 2 WNIOSKU:

### Informacje o projekcie planowanym do realizacji w ramach programu

#### 1. Opis projektu

Nazwa projektu:

.....  
.....

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

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

Projekt dotyczy terenu:    miejskiego       wiejskiego       miejsko-wiejskiego

Nazwa jednostki organizacyjnej powiatu, 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 lub placówkach służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych, których uczestnicy będą mieli zapewniony transport w wyniku realizacji projektu**

w przypadku obszernego opisu – w załączeniu

Nazwa placówki służącej rehabilitacji: .....

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:**

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

## **3. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych**

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

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



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	<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>
c) 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			
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			

## 7. Koszt realizacji projektu

A.	Łączny koszt realizacji projektu: ..... zł słownie złotych: .....
B.	Własne środki 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.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: ..... zł słownie złotych: .....

## 8. Informacje uzupełniające

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

## 9. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PCPR)</i>	
1.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania projektodawcy				
2.	Zaświadczenie z ZUS dotyczące wnioskodawcy i jednostek organizacyjnych, których dotyczy wnioski o niezaleganiu w składkach na ubezpieczeni społeczne za zatrudnionych pracowników (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy				
3.	Dokumenty z Urzędu Skarbowego dotyczące projektodawcy i jednostek organizacyjnych, których dotyczy wnioski: decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy				
4.	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)				
5.	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 (winda, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu				
6.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 6 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III” (załącznik nr 1)				

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:**

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

## **Oświadczenia Projektodawcy**

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

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

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

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

**Oświadczam**, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wniosku 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 projektów wymienionych w niniejszym wniosku

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

.....

.....

*pieczęćka imienna*

*pieczęćka 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.*



**Planowana wartość wskaźników wkładu, produktu, rezultatu,  
o których mowa w rozdziale VII ust. 6 procedur realizacji  
„Programu wyrównywania różnic między regionami III” – obszar D**

dot.:.....

.....

(nazwa Beneficjenta i projektu)

<b>Wskaźniki wkładu</b>	
<b>a)</b>	iloraz kwoty wkładu własnego deklarowanej przez beneficjenta projektu oraz kwoty rzeczywistego wkładu własnego beneficjenta,
<b>b)</b>	iloraz planowanego kosztu projektu (planowanego kosztu zakupu pojazdu lub jego przystosowania do potrzeb osób niepełnosprawnych) oraz rzeczywistego kosztu projektu (kosztu zakupu pojazdu lub jego przystosowania do potrzeb osób niepełnosprawnych),
<b>c)</b>	iloraz kosztu realizacji projektu (całkowitego kosztu zakupu pojazdu lub jego przystosowania do potrzeb osób niepełnosprawnych) oraz liczby osób niepełnosprawnych, których stałe potrzeby przewozowe zostały zaspokojone w wyniku realizacji projektu,
<b>d)</b>	iloraz kwoty dofinansowania projektu ze środków PFRON przeznaczonych na realizację programu oraz liczby osób niepełnosprawnych, których potrzeby przewozowe zostały zaspokojone w wyniku realizacji projektu;

<b>Wskaźniki produktu</b>	
<b>a)</b>	ilość miejsc w pojeździe przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych;
<b>b)</b>	ilość miejsc w pojeździe przystosowanych do przewozu osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich;

<b>Wskaźniki rezultatu</b>	
<b>a)</b>	liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych/ warsztatów terapii zajęciowej, których uczestnikom zaspokojono potrzeby przewozowe w wyniku realizacji projektu;
<b>b)</b>	liczba osób niepełnosprawnych z wyodrębnieniem osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich, których stałe potrzeby przewozowe zostały zaspokojone w wyniku realizacji projektu;
<b>c)</b>	liczba przewiezionych osób niepełnosprawnych pojazdem zakupionym bądź przystosowanym do potrzeb osób niepełnosprawnych w wyniku realizacji projektu, w ciągu 6 miesięcy następujących po miesiącu zakończenia projektu;

.....