

Wniosek złożono w:	
Data wpływu:	
Nr sprawy:	



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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

1. NAZWA I ADRES PROJEKTODAWCY

Pełna nazwa:		
Adres	Województwo:	
	Powiat:	
	Gmina:	
	Miejscowość:	
	Ulica:	
	Nr posesji:	
	Nr lokalu:	
	Kod pocztowy:	
	Poczta:	
Osoba do kontaktu	Imię i nazwisko:	
	Nr telefonu:	
Nr faksu:		
Adres strony internetowej:		
E-mail:		

**2. OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTACJI PROJEKTODAWCY
I ZACIĄGANIA ZOBOWIĄZAŃ FINANSOWYCH**

Imię i nazwisko:		Imię i nazwisko:	
Stanowisko:		Stanowisko:	
(pieczętka imienna)		(pieczętka imienna)	
podpis		podpis	

3. INFORMACJE O REALIZACJI OBOWIĄZKU WPŁAT NA RZECZ PFRON

Czy projektodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON:	
Czy projektodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Numer identyfikacyjny PFRON:	
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku:	

4. INFORMACJE O PROJEKTODAWCY

REGON:	
Nr identyfikacyjny NIP:	
Czy projektodawca jest podatnikiem VAT:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Podstawa prawna:	

5. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON (ZA OKRES OSTATNICH 3 LAT)

Czy projektodawca korzystał ze środków PFRON:				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
		Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

**CZĘŚĆ 2 WNIOSKU – INFORMACJE O PROJEKTACH PLANOWANYCH DO REALIZACJI
W RAMACH OBSZARU D PROGRAMU**

Uwaga!

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

1. OPIS PROJEKTU

Nazwa projektu:

Cel projektu:

Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt:

W tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych:

Projekt dotyczy terenu:

- miejskiego wiejskiego
 miejsko-wiejskiego

Nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem:

Dokładny adres

Województwo:

Powiat:

Gmina:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Ulica:

Nr posesji:

Nr lokalu:

NIP:

REGON:

Nr identyfikacyjny PFRON: (należy wypełnić jeśli 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

Nazwa placówki służącej rehabilitacji:

Data rozpoczęcia działalności:

Dokładny adres:

Województwo:

Powiat:

Gmina:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Ulica:

Nr posesji:

Nr lokalu:

NIP: (należy wypełnić jeśli posiada)

REGON: (należy wypełnić jeśli posiada)

Nr identyfikacyjny PFRON: (należy wypełnić jeśli posiada)

Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu:

3. CHARAKTERYSTYKA DOTYCHCZAS WYKONYWANYCH PRZEWOZÓW NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

**4. DIAGNOZA SYTUACJI, Z KTÓREJ WYNIKAĆ BĘDZIE KONIECZNOŚĆ PODJĘCIA DZIAŁAŃ
OPISANYCH W PROJEKCIE**

5. HARMONOGRAM REALIZACJI PROJEKTU

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

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

6. WARTOŚĆ WSKAŹNIKÓW BAZOWYCH

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 projektodawcy lub wniosku o dofinansowanie	Liczba mikrobusów			
	w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach			
	Liczba autobusów			
	w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach			
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 projektodawcy lub wniosku o dofinansowanie	Osoby niepełnosprawne			
	pełnoletnie	do 18 roku życia	łącznie	
	pełnoletnie na wózkach	do 18 roku życia na wózkach	łącznie na wózkach	
c) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wystąpienia projektodawcy 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 projektodawcy lub wniosku o dofinansowanie	Placówki służące rehabilitacji;			
	Warsztaty Terapii zajęciowej:			

7. KOSZT REALIZACJI PROJEKTU

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

8. INFORMACJE DOTYCZĄCE POMOCY PUBLICZNEJ

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Planowana pomoc jest pomocą de minimis:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

9. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

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 są zgodnie z samorządowym programem działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

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

Oświadczam, że podczas realizacji projektu, przy przetwarzaniu danych osobowych, reprezentowany przez mnie podmiot przestrzegać będzie obowiązków administratora danych osobowych, wynikających z przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

1. Wnioskodawca / Projektodawca zobowiązany jest w szczególności do:

- 1) uzyskania (zgodnie z postanowieniami art. 6 ust. 1 lit. a lub art. 9 ust. 1 lit. a RODO) zgody na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych od każdej osoby, której dane zostaną zgromadzone przez Projektodawcę / Wnioskodawcę w ramach realizacji projektu w przypadku gdy przetwarzanie jej danych osobowych nie może być oparte na innej podstawie prawnej wskazanej w art. 6 (dla danych zwykłych) lub art. 9 RODO (dla szczególnych kategorii danych osobowych); zgoda musi być udzielona na warunkach określonych w art. 7 RODO. Zbieranie zgód ma zastosowanie jedynie w przypadku gdy Projektodawcy / Wnioskodawcy są zobowiązani do zbierania danych osobowych beneficjentów ostatecznych pomocy.
- 2) spełnienia obowiązków informacyjnych wynikających z art. 13 RODO (wypełniając obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 RODO Wnioskodawca / Projektodawca zobowiązany jest również do poinformowania beneficjentów ostatecznych programu, że ich dane osobowe zostaną przekazane do PFRON – PFRON przetwarza dane ww. osób w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez Wnioskodawcę / Projektodawcę oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych);
- 3) przestrzegania praw osób, których dane dotyczą, określonych w rozdziale III RODO;
- 4) prowadzenia rejestru czynności przetwarzania danych osobowych (art. 30 RODO);
- 5) zachowania bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych (art. 32 RODO);
- 6) przeprowadzenia czynności wskazanych w art. 35 ust. 1-7 RODO.

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

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania

Wnioskuje o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku:	
.....
Miejscowość	Data
.....
Pieczętka imienna	Pieczętka imienna
<i>podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych</i>	

9. ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono		Data uzupełnienia
		tak	nie	tak	nie	
		<i>(wypełnia PCPR)</i>				
1.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania projektodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Zaświadczenie z ZUS projektodawcy, którego dotyczy wniosek o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia 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 projektodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Dokumenty z Urzędu Skarbowego projektodawcy, którego dotyczy wniosek: 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 projektodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Wykaz pojazdów (wraz z 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 informacją o dodatkowym wyposażeniu (windy, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 6 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:		
.....
Data	Podpis	Pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR