

Wniosek złożono w _____ Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w
Szamotułach w dniu _____

Nr sprawy: _____

(Wypełnia PCPR)

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”.

W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr _____ ” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą.

Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Część 1 Wniosku: Dane i informacje o Projektodawcy

1. Nazwa i adres projektodawcy

Pełna nazwa: _____

Miejscowość: _____

Ulica: _____

Nr posesji: _____

Kod pocztowy: _____

Gmina: _____

Powiat: _____

Województwo: _____

Imię i nazwisko osoby do kontaktu: _____

Numer telefonu osoby do kontaktu: _____

Adres www: _____

e-mail: _____

Numer identyfikacyjny NIP: _____

Numer identyfikacyjny REGON: _____

Numer KRS _____

Numer identyfikacyjny PFRON: _____

2. Osoby uprawnione do reprezentacji samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych:

Imię, nazwisko, funkcja: _____

Imię, nazwisko, funkcja: _____

3. Załączniki (dokumenty) wymagane do Wniosku

- 1) Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Projektodawcy:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 2) Oświadczenie dotyczące projektodawcy o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 3) Oświadczenie dotyczące projektodawcy o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wniosku:

podpis pracownika PCPR i data

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

Uwaga!

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

1. Opis projektu

- 1) Nazwa projektu : _____

- 2) Nazwa Projektodawcy: _____
- 3) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy): _____

- 4) NIP: _____ ;
- 5) Nr identyfikacyjny PFRON: _____ ;
- 6) Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT: _____
- 7) Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe)
Podstawa prawna: _____
- 8) Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu): _____

- 9) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: _____ , w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: _____ .
- 10) Nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem: _____

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

- 12) NIP (należy wypełnić, jeżeli posiada): _____
- 13) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić, jeżeli posiada): _____ .

2. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

- 1) Nazwa placówki służącej rehabilitacji / warsztatu terapii zajęciowej / gminy, która będzie korzystać z pojazdu: _____

- 2) Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (dzień/ miesiąc/rok): _____
- 3) Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):

- 4) NIP (należy wypełnić jeżeli posiada): _____
- 5) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić jeżeli posiada): _____
- 6) Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu: _____

3. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

5. Harmonogram realizacji projektu

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

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): _____

6. Wartość wskaźników bazowych

- 1) liczba pojazdów (w rozbiciu na mikrobusy-pojazdy o liczbie miejsc 9 łącznie z kierowcą i autobusy) wykorzystywanych do przewozu osób z niepełnosprawnościami będących w posiadaniu beneficjenta, w tym pojazdów przystosowanych do przewozu osób na wózkach inwalidzkich, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wniosku jednostki o dofinansowanie:
 - a) Liczba mikrobusów: _____, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: _____;
 - b) Liczba autobusów: _____, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: _____.

- 2) liczba osób niepełnosprawnych, z wyodrębnieniem osób z niepełnosprawnościami na wózkach inwalidzkich, którym beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie:
 - a) Osoby z niepełnosprawnościami łącznie: ____, w tym osoby pełnoletnie: _____ i osoby do 18 roku życia: _____;
 - b) Osoby z niepełnosprawnościami na wózkach łącznie: ____, w tym osoby pełnoletnie na wózkach: _____ i osoby do 18 roku życia na wózkach: _____
- 3) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób z niepełnosprawnościami, w roku złożenia wniosku o dofinansowanie: _____
- 4) liczba placówek służących rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami / warsztatów terapii zajęciowej, których uczestnikom beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie:
 - a) Placówki służące rehabilitacji: _____
 - b) Warsztaty terapii zajęciowej: _____

7. Koszt realizacji projektu

- 1) łączny koszt realizacji projektu: _____ zł, słownie złotych: _____
- 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu: _____ zł, słownie złotych: _____
- 3) Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): _____ zł, słownie złotych: _____
- 4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: _____ zł, słownie złotych: _____

8. Informacja o VAT

Wnioskodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: Tak/Nie (wybrać odpowiednio).

Podstawa prawna: _____

9. Informacje dotyczące pomocy publicznej

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);

- 1) Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 2) Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);

- 3) Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 4) Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe).

10. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2 Wniosku

1. Wykaz pojazdów (wraz z kopiami ofert cenowych), których zakupu lub przystosowania dotyczy projekt zawierający rodzaj pojazdu, ilość miejsc do przewozu osób niepełnosprawnych, w tym miejsc przystosowanych do kotwiczenia wózków inwalidzkich wraz z informacją o dodatkowym wyposażeniu (windy, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

2. Oświadczenie o nieotrzymaniu na podstawie odrębnych wniosków dofinansowania lub dotacji ze środków PFRON na projekt objęty niniejszym wnioskiem

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2 Wniosku:

podpis pracownika PCPR i data

Oświadczenia projektodawcy

1. **Oświadczam**, że podane we Wniosku informacje są zgodne z prawdą.
2. **Oświadczam**, że znane są mi zapisy programu i procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”.
3. **Oświadczam**, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego Wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON oraz Realizatora programu przyznającej środki na podstawie niniejszego wniosku.
4. **Oświadczam**, że na dzień sporządzenia Wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON.
5. **Oświadczam**, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wniosku zostały zweryfikowane pod względem formalnym i merytorycznym.
6. **Oświadczam**, że projektodawca i jednostki organizacyjne, których projekty stanowią podstawę do sporządzenia niniejszego Wniosku nie posiadają wymagalnych zobowiązań wobec ZUS i Urzędów Skarbowych.

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnoszę o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku

_____, dnia _____ r.

(podpis)

(podpis)

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych