**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**
**Al. Mickiewicza 27, 28-100 Busko – Zdrój**
**Tel. / fax. /041/ 378 84 58, www.centrumbusko.pl**
**e-mail: centrum@centrumbusko.pl, pcprbusko@interia.pl**
**NIP 655-17-70-412 REGON 292380708**

# WNIOSEK

## o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach programu pn. „Program wyrównywania różnic między regionami III”

**Wniosek należy złożyć do Centrum w terminie do 31 marca 2016 roku w wersji papierowej i elektronicznej.**

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 | Nr kierunkowy |
| | | | |
| Nr telefonu | Nr fax | adres http://www | e-mail |

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

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

## 3. 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 | |

## 4. Informacje o Projektodawcy

| | |
|---|---|
| Zakres terytorialny działania Projektodawcy: …… | |
| | |
| REGON | Nr identyfikacyjny NIP |
| | |
| Nazwa banku | Nr rachunku bankowego |
| Czy Projektodawca jest podatnikiem VAT: tak: ☐ nie: ☐<br>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: ☐<br>podstawa prawna:..... | |

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

| Czy Projektodawca korzystał ze środków PFRON tak ☐ nie ☐ | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Cel<br>(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 | |
|---|---|---|---|
| | | tak | nie |
| 1. | Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania Projektodawcy | | |
| 2. | Zaświadczenie z ZUS 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 wnioskodawcy | | |
| 3. | 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) – 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) | | |

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

Pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR

data, podpis

## Część 2 WNIOSKU: Informacje o projektach

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

| Lp. | Nazwa projektu |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

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

| Lp. | Nazwa i adres Projektodawcy | Nazwa projektu |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

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

| Lp. | Nazwa projektu |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

## 4. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez Projektodawcę w ramach obszaru F programu:

| Lp. | Nazwa projektu |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

### 5. Projekt planowany do realizacji przez Projekt w ramach obszaru G programu:

| Lp. | 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 □;

Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier oraz nazwa i adres jednostki organizacyjnej projektodawcy prowadzącej obiekt .....
.....
.....

Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): .....
.....

NIP*.....; REGON* .....; 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

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

.....

Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:

.....

## 4. Wartość wskaźników bazowych:

<table>
<tr><td rowspan="4">a) liczba dzieci i młodzieży niepełnosprawnej uczęszczających do placówki edukacyjnej, której dotyczy projekt, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie, lub liczba osób niepełnosprawnych, które zostały poddane leczeniu w zakładzie opieki zdrowotnej, którego dotyczy projekt w ostatnim miesiącu roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie</td><td>niepełnosprawni ogółem</td><td>niepełnosprawni do 18 roku życia</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>niepełnosprawni pełnoletni na wózkach</td><td>niepełnosprawni do18 roku życia na wózkach</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>b) liczba placówek edukacyjnych, urzędów lub zakładów opieki zdrowotnej położonych na terenie powiatu, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>c) liczba placówek edukacyjnych, urzędów lub liczba zakładów opieki zdrowotnej położonych na terenie powiatu, kompleksowo dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>d) wysokość środków przeznaczonych w planie beneficjenta na likwidację barier architektonicznych w placówkach edukacyjnych, urzędach lub zakładach opieki zdrowotnej, na rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

## *5.* Koszt realizacji projektu

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

## 6. Informacje uzupełniające

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

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

| L.p. | Nazwa załącznika | Załączono do wniosku | |
|---|---|---|---|
| | | 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. | Dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów. | | |
| 4. | Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu | | |
| 5. | Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów. | | |
| 6. | Zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów. | | |
| 7. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 5 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II” | | |

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

Pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR

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 spółdzielni:.....

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

……

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

Czy spółdzielnia jest płatnikiem VAT tak □ nie □

Podstawa prawna zwolnienia z podatku vat .....

Wnioskodawca 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 □;

Nazwa zakładu spółdzielni socjalnej osób prawnych, w którym adaptowane są pomieszczenia do potrzeb osób niepełnosprawnych i tworzone są 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

| |
|---|
| ……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>…… |

## 3. Harmonogram realizacji projektu

| |
|---|
| Rozpoczęcie realizacji projektu *(dzień, miesiąc, rok)*:<br>……<br>Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:<br>…… |

## 4. Wartość wskaźników bazowych:

| | stopień niepełnosprawności | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **ogółem** | **lekki** | **umiarkowany** | **znaczny** |
| a) liczba osób niepełnosprawnych z terenu powiatu zatrudnionych w spółdzielniach socjalnych, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie | | | | |
| b) 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<br>słownie złotych: ……<br>…… |
| B. | Własne środki przeznaczone na realizację projektu: ……zł<br>słownie złotych: …… |

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

## 6. Informacje dotyczące pomocy publicznej

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (j.t. 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 □;

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

| L.p. | Nazwa załącznika | Załączono do wniosku | |
|---|---|---|---|
| | | tak | nie |
| 1. | Wykaz robót adaptacyjnych pomieszczeń spółdzielni, ich opis i koszt wraz z kopiami kosztorysów, wycen i ofert | | |
| 2. | Wykaz urządzeń i sprzętu niezbędnego do adaptacji pomieszczeń spółdzielni wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych | | |
| 3. | 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 | | |
| 4. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 6 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II” | | |
| 5. | Dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów | | |
| 6. | Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu | | |
| 7. | Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów | | |

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

Pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR

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 jednostki organizacyjnej projektodawcy, która będzie dysponować pojazdem
.....

Dokładny 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 □;

## 2. Uzasadnienie potrzeby zakupu pojazdu (pojazdów) do przewozu osób niepełnosprawnych

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 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

Rozpoczęcie 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 jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie | **Liczba mikrobusów ..... , w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach .....**<br>**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 jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie | **osoby niepełnosprawne** | | |
|---|---|---|---|
| | **pełnoletnie** | **do 18 roku życia** | **łącznie** |
| | | | |
| | **pełnoletnie na wózkach** | **do18 roku życia na wózkach** | **łącznie na wózkach** |
| | | | |

| | |
|---|---|
| c) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, na rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie | |

## 7. Koszt realizacji projektu

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

### 8. Informacje uzupełniające

| |
|---|
| ……<br>……<br>……<br>…… |

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

| L.p. | Nazwa załącznika | Załączono do wniosku | |
|---|---|---|---|
| | | tak | nie |
| 1. | Wykaz pojazdów, których zakupu lub przystosowania dotyczy projekt zawierający rodzaj pojazdu, markę 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 wraz z ofertami cenowymi | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 7 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II” | | |

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

Pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR

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 Wystąpienia, **część 2F** Wystąpienia należy skopiować i wypełnić dla każdego projektu oddzielnie

### 1. Opis projektu

| |
|---|
| Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wystąpienia):<br>.....<br>..... |
| Nazwa Projektodawcy:.....<br>Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy).....<br>NIP ..... ;REGON .....; Nr identyfikacyjny PFRON .....;<br>Czy projektodawca jest podatnikiem VAT tak □ nie □<br>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: □<br>podstawa prawna:..... |

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie warsztat terapii zajęciowej oraz nazwa i adres jednostki organizacyjnej projektodawcy prowadzącej obiekt

……

……

Dokładana lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):

.....

.....

NIP ……, REGON ……, Nr identyfikacyjny PFRON …….

**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)*:<br>.....<br>Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:<br>..... |

### 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, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie | |

### 5. Koszt realizacji projektu

| | |
|---|---|
| A. | Łączny koszt realizacji projektu: .....zł<br>słownie złotych: .....<br>..... |
| B. | Środki własne przeznaczone na realizację projektu: .....zł<br>słownie złotych: .....<br>..... |
| C. | Inne źródła finansowania ogółem *(środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON)*: .....zł<br>słownie złotych: .....<br>..... |
| D. | Środki PFRON przekazywane algorytmem przeznaczone na realizację projektu<br>słownie złotych..... |
| E. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .....zł<br>słownie złotych: ..... ..... |

## 6. Informacje uzupełniające

| |
|---|
| ……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>…… |

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

| L.p. | Nazwa załącznika | Załączono do wniosku | |
|---|---|---|---|
| | | tak | Nie |
| 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) | | |
| 2. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 9 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II” | | |

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

Pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR

data, podpis

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

## 1. Opis projektu

Cel projektu:

.....

.....

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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

## 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 zatrudnionych na terenie powiatu, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie | |
| b) | 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 ……..zł<br>słownie złotych .....**.....** |
| B. | Wnioskowana kwota ze środków PFRON: .....zł<br>słownie złotych: .....<br>**.....** |

**6. Informacje uzupełniające**

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

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

| L.p. | Nazwa załącznika | Załączono do wniosku | |
|---|---|---|---|
| | | tak | nie |
| 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. 10 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II” | | |

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

Pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR

data, podpis

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

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

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

**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 przez Projektodawcę informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

**UWAGA!** PFRON nie dofinansowuje kosztów związanych z przygotowaniem Wniosku.

| |
|---|
| ..... dnia .....r. |
| ..... ..... |
| *pieczątka imienna* *pieczątka imienna* |
| *podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych* |

***UWAGA!***
***Do wniosku należy załączyć jego wersję elektroniczną zapisaną na dysku CD lub też przesłać na adres: centrum@centrumbusko.pl.***