

Wniosek złożono w.....PFRON w dniu.....

Nr sprawy:
Wypełnia PFRON

WNIOSEK

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

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

<i>(pieczęćka imienna)</i>	<i>(pieczęćka imienna)</i>
podpis.....	podpis.....

3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON

Czy Projektodawca jest zobowiązany 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"/>
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wnioskuzł	

4. Informacje o Projektodawcy

Zakres terytorialny działania Projektodawcy:	
REGON	Nr identyfikacyjny NIP
Nazwa banku	Nr konta bankowego
Czy Projektodawca jest płatnikiem VAT: tak: <input type="checkbox"/> nie: <input type="checkbox"/>	
podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT	

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:	

6. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	Samorządowy program działań na rzecz osób niepełnosprawnych.				
2.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Projektodawcy.				
3.	Zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników.				
4.	Dokumenty z Urzędu Skarbowego: decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami				
5.	Potwierdzenie posiadania konta bankowego.				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wniosku:

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

Część 2 WNIOSKU: Informacje o projektach

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

Lp.	Nazwa projektu

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

Lp.	Nazwa projektu

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

Lp.	Nazwa projektu

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

Lp.	Nazwa projektu

Część 2A WNIOSKU: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru A programu

UWAGA!

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

1. Opis projektu

Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nazwa obiektu, którego wyposażenia w sprzęt rehabilitacyjny dotyczy projekt

.....

.....

Dokładna lokalizacja obiektu (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

Rozpoczęcie realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok):

.....

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

.....

Informacje uzupełniające:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. 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:
<p>UWAGA! Zgodnie z rozdziałem V ust. 4 „Programu wyrównywania różnic między regionami” wysokość środków PFRON przeznaczonych na realizację każdego projektu nie może przekroczyć w przypadku obszaru A programu – 50% kosztów realizacji projektu.</p>	

5. Informacje uzupełniające

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

6. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2A Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	Wykaz sprzętu, zawierający nazwę sprzętu rehabilitacyjnego, jego przeznaczenie i cenę.				
2.	Wartość wskaźników bazowych, o których mowa w rozdziale V ust.4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami”.				
3.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu, oddziaływania), o których mowa w rozdziale V ust.4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami”.				
4.	Opinia wojewódzkiej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia inwestycji, której dotyczy projekt dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie.				
5.	Opinia Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, dotycząca zgodności projektu z samorządowym programem działań na rzecz osób niepełnosprawnych.				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2A Wniosku:

pieczęćka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

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):

.....
.....

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

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

Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier.....

.....
.....

Dokładna lokalizacja obiektu (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

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

.....

Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:

.....

Informacje uzupełniające:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. 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 (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON):zł słownie złotych:
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:zł słownie złotych:

UWAGA!

Zgodnie z rozdziałem V ust. 4 „Programu wyrównywania różnic między regionami” wysokość środków PFRON przeznaczonych na realizację każdego projektu nie może przekroczyć w przypadku obszaru B programu – 50% kosztów realizacji projektu.

5. Informacje uzupełniające

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

6. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2B Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
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.				
3.	Dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów.				
4.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu				
5.	Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów.				
6.	Zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów.				
7.	Wartość wskaźników bazowych, o których mowa w rozdziale V ust.4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami”.				
8.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu, oddziaływania), o których mowa w rozdziale V ust.4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami”.				
9.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie.				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wniosku:

pieczęćka imienna, podpis pracownika PFRON

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):

.....
.....

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

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

Nazwa zakładu, w którym tworzone są stanowiska pracy, których wyposażenia dotyczy projekt

.....

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

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

.....

Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:

.....

Informacje uzupełniające:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. 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, przyrządzone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON</i>):zł słownie złotych:
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:zł słownie złotych:

UWAGA!

Zgodnie z rozdziałem V ust. 4 „Programu wyrównywania różnic między regionami” wysokość środków PFRON przeznaczonych na realizację każdego projektu nie może przekroczyć w przypadku obszaru C programu – dwunastokrotności przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. nr 123, poz. 776, z późn. zm.), na każde wyposażone nowe miejsce pracy dla osoby niepełnosprawnej odpowiednio do jej potrzeb i możliwości.

5. Informacje uzupełniające

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

6. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2C Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	Wykaz stanowisk pracy, których wyposażenia dotyczy projekt, zawierający nazwę stanowiska, specyfikację niezbędnego wyposażenia stanowiska oraz koszt wyposażenia stanowiska.				
2.	Wartość wskaźników bazowych, o których mowa w rozdziale V ust.4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami”.				
3.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu, oddziaływania), o których mowa w rozdziale V ust.4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami”.				
4.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie.				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2C Wniosku:

pieczęćka imienna, podpis pracownika PFRON

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):

.....
.....

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

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

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*):

.....

Informacje uzupełniające:

.....

6. 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:

UWAGA!

Zgodnie z rozdziałem V ust. 4 „Programu wyrównywania różnic między regionami” wysokość środków PFRON przeznaczonych na realizację każdego projektu nie może przekroczyć w przypadku obszaru D programu – 75% kosztów zakupu pojazdu lub 90% kosztów przystosowania pojazdu do potrzeb osób niepełnosprawnych.

7. Informacje uzupełniające

8. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2D Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	(wypełnia PFRON)	
1.	Wykaz pojazdów, których zakupu lub przystosowania dotyczy projekt zawierający rodzaj pojazdu, koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu.				
2.	Wartość wskaźników bazowych, o których mowa w rozdziale V ust.4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami”.				
3.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu, oddziaływania), o których mowa w rozdziale V ust.4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami”.				
4.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie.				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wniosku:

pieczętka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

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

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

Oświadczam, że na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.

UWAGA! Podanie przez Projektodawcę informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

UWAGA! PFRON nie dofinansowuje kosztów związanych z przygotowaniem Wniosku oraz kosztów uznanych przez Projektodawcę za wydatki bieżące.

..... dniar.	
.....
<i>pieczętka imienna</i>	<i>pieczętka imienna</i>
<i>podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych</i>	

*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.*