

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

Nr sprawy:  
 .....

Wypełnia REALIZATOR

## WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON projektów  
 w ramach obszaru B, C, D, F, G

„Programu wyrównywania różnic między regionami III” 2018r.

**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: .....			
.....			
.....			
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 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"/>
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 Jednostka samorządu korzystała 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/nie dotyczy	Data uzupełnienia
		tak	nie	(wypełnia REALIZATOR)	
1.	Oświadczenie projektodawcy o zgodności zgłoszonych projektów z celami założonymi w samorządowym programie działań na rzecz osób niepełnosprawnych				
2.	Pełnomocnictwo lub inny dokument potwierdzający uprawnienia projektodawcy do zaciągania zobowiązań finansowych				
3.	Zaświadczenie z ZUS dotyczące projektodawcy o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia projektu) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy				
4.	Dokumenty z Urzędu Skarbowego dotyczące projektodawcy: zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami lub decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, (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				
5.	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 projektu)				
6.	Oświadczenie projektodawcy o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON				
7.	Aktualny dokument potwierdzający status prawny projektodawcy				
8.	Oferty cenowe dotyczące sprzętu, urządzeń, pojazdów czy wyposażenia, których zakup jest planowany w ramach projektu				

9.	<p>Projektodawcy prowadzący działalność gospodarczą, ubiegający się o pomoc de minimis zobowiązani są do przedstawienia realizatorowi programu, wraz z wnioskiem o przyznanie środków finansowych na realizację projektu:</p> <p><b>1)</b> informacji o otrzymanej pomocy de minimis [zł] i [EUR] w roku złożenia wniosku, wg stanu na dzień poprzedzający złożenie wniosku wraz z dwoma poprzednimi latami bilansowymi lub oświadczenia o nie otrzymaniu takiej pomocy;</p> <p><b>2)</b> kwot [zł] i przeznaczenia innej pomocy w zakresie tych samych kosztów kwalifikowalnych, których dotyczy składany wniosek w roku złożenia wniosku wg stanu na dzień poprzedzający złożenie wniosku wraz z dwoma poprzednimi latami bilansowymi lub oświadczenia o nie otrzymaniu takiej pomocy;</p> <p><b>3)</b> w przypadku otrzymania pomocy, o której mowa w pkt 2 - oświadczenia, że otrzymanie aktualnie wnioskowanej pomocy de minimis nie spowoduje przekroczenia maksymalnej intensywności określonej dla innego rodzaju pomocy w zakresie tych samych kosztów kwalifikowalnych;</p> <p><b>4)</b> oświadczenia o spełnieniu warunku określonego w artyku 1 ust. 1 rozporządzenia Komisji (WE) 1998/2006 z 15 grudnia 2006 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu do pomocy de minimis;</p> <p><b>5)</b> oświadczenia o prowadzeniu działalności w sektorze transportu, jeżeli taki przypadek ma miejsce.</p>						
----	--	--	--	--	--	--	--

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

*pieczęćka imienna, podpis pracownika REALIZATORA*

*data, podpis:*

**Część 2 WNIOSKU:  
Informacje o projektach**

**1. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez projektodawcę w ramach obszaru B programu:**

L.p.	Nazwa projektu

**2. Wykaz projektów zgłoszonych przez projektodawcę w ramach obszaru C programu:**

L.p.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu

**3. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez projektodawcę w ramach obszaru D programu:**

L.p.	Nazwa projektu

**4. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez projektodawcę w ramach obszaru F programu:**

L.p.	Nazwa projektu

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

L.p.	Nazwa projektu



Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier oraz nazwa i adres jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego 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:**

a) Liczba osób niepełnosprawnych uczęszczających do środowiskowego domu samopomocy, którego dotyczy projekt lub liczba dzieci i młodzieży niepełnosprawnej uczęszczających do placówki edukacyjnej, której dotyczy projekt, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie, z wyszczególnieniem dzieci i młodzieży oraz osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich	niepełnosprawni ogółem	niepełnosprawni do 18 roku życia
	niepełnosprawni pełnoletni na wózkach	niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach
b) Liczba placówek edukacyjnych, urzędów lub środowiskowych domów samopomocy położonych na terenie powiatu, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie		
c) Liczba placówek edukacyjnych, urzędów lub środowiskowych domów samopomocy położonych na terenie powiatu, kompleksowo dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie		
d) Wysokość środków przeznaczonych w planie beneficjenta na likwidację barier architektonicznych w placówkach edukacyjnych, urzędach lub środowiskowych domach samopomocy, na rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie		

**5. Koszt realizacji projektu**

A.	Łączny koszt realizacji projektu: ..... zł słownie złotych: .....
B.	Planowane źródła finansowania realizacji projektu, w tym:
a)	Wysokość deklarowanego wkładu własnego (własne środki przeznaczone na realizację projektu): ..... zł słownie złotych: .....
b)	Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): ..... zł słownie złotych: .....
c)	Wysokość dofinansowania ze środków PFRON (wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON): ..... zł słownie złotych: .....





**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 Wystąpienia):

.....

.....

Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych

1. Nazwa Projektodawcy: .....

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

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

Czy projektodawca jest płatnikiem VAT      tak       nie

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT .....

Projektodawca jest płatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania

kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak  nie

podstawa prawna: .....

2. Nazwa Projektodawcy: .....

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

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

Czy projektodawca jest płatnikiem VAT      tak       nie

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT .....

Projektodawca 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: zgodny z celami programu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

Projekt dotyczy terenu:    miejskiego         wiejskiego         miejsko-wiejskiego

Nazwa spółdzielni socjalnej osób prawnych, której utworzenia dotyczy projekt (w której adaptowane są pomieszczenia i tworzone stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych)

Dokładna lokalizacja spółdzielni socjalnej osób prawnych (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*):

.....

### 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 samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie				
b) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na utworzenie spółdzielni socjalnej osób prawnych, na rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie				

### 5. Koszt realizacji projektu

A.	Łączny koszt realizacji projektu: ..... zł słownie złotych: .....
B.	Planowane źródła finansowania realizacji projektu, w tym:
a)	Wysokość deklarowanego wkładu własnego (własne środki przeznaczone na realizację projektu): ..... zł słownie złotych: .....
b)	Inne źródła finansowania ogółem ( <i>środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON</i> ): ..... zł słownie złotych: .....
c)	Wysokość dofinansowania ze środków PFRON (wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON): ..... zł słownie złotych: .....

## 6. Informacje dotyczące pomocy publicznej

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2016r. poz. 1808 ze zmianami)

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 wystąpienia		Uzupełniono tak/nie/nie dotyczy	Data uzupełnienia
		tak	nie	(wypełnia REALIZATOR)	
1.	Porozumienie intencyjne w sprawie utworzenia spółdzielni socjalnej osób prawnych				
2	Wykaz ewentualnych robót adaptacyjnych dotyczących obiektu spółdzielni, ich opis i koszt wraz z kopiami kosztorysów, wycen i ofert				
3.	Jeżeli projekt dotyczy robót adaptacyjnych obiektu spółdzielni – następujące dokumenty: <b>a)</b> kosztorys oraz dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysu, <b>b)</b> dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu, <b>c)</b> pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów, <b>d)</b> zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów,				



**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: zgodny z celami programu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Projekt dotyczy terenu:    miejskiego       wiejskiego       miejsko-wiejskiego

Nazwa projektodawcy, który 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:**



## 5. Harmonogram realizacji projektu

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

.....

Przewidywany czas realizacji (*w miesiącach*):

.....

.....

## 6. Wartość wskaźników bazowych:

<p>a) Liczba pojazdów (w rozbiu 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 samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie,</p>	<p>Liczba mikrobusów ....., w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach .....</p> <p>Liczba autobusów ....., w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach .....</p>															
<p>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 samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie,</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">osoby niepełnosprawne</th> </tr> <tr> <th>pełnoletnie</th> <th>do 18 roku życia</th> <th>łącznie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <th>pełnoletnie na wózkach</th> <th>do 18 roku życia na wózkach</th> <th>łącznie na wózkach</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	osoby niepełnosprawne			pełnoletnie	do 18 roku życia	łącznie				pełnoletnie na wózkach	do 18 roku życia na wózkach	łącznie na wózkach			
osoby niepełnosprawne																
pełnoletnie	do 18 roku życia	łącznie														
pełnoletnie na wózkach	do 18 roku życia na wózkach	łącznie na wózkach														
<p>d) Wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, na rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie,</p>																
<p>e) 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;</p>																







Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie WTZ 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:**

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 słownie złotych: .....
B.	Planowane źródła finansowania realizacji projektu, w tym:  a) Wysokość deklarowanego wkładu własnego (własne środki przeznaczone na realizację projektu): ..... zł słownie złotych: .....
b)	Inne źródła finansowania ogółem ( <i>środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON</i> ): ..... zł słownie złotych: .....
c)	Wysokość dofinansowania ze środków PFRON (wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON): ..... zł słownie złotych: .....



**Część 2G WNIOSKU:**

**Informacje o projekcie planowanym do realizacji w ramach obszaru G programu**

**1. Opis projektu**

Nazwa projektodawcy realizującej obszar G

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

Imię Nazwisko osoby do kontaktu

Nr telefonu osoby do kontaktu

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

O ile dotyczy\*

Cel projektu: zgodny z celami programu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

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



**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 słownie złotych .....
B.	Wnioskowana kwota ze środków PFRON: ..... zł słownie złotych: ..... w tym na obsługę ..... zł (słownie złotych) .....

**6. Informacje uzupełniające**

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

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie/nie dotyczy	Data uzupełnienia
		tak	nie	(wypełnia REALIZATOR)	
1.	Dokument potwierdzający wysokość środków algorytmu zabezpieczonych w planie finansowym powiatu na realizację zadań ustawowych dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych				
2.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie				
3.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 9 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”				

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

pieczęćka imienna, podpis pracownika REALIZATORA
data, podpis:

str. 29

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

### **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.*