

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” 2019r.

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		
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>1) 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>2) 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>3) 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>4) oświadczenia o spełnieniu warunku określonego w artykule 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>5) oświadczenia o prowadzeniu działalności w sektorze transportu, jeżeli taki przypadek ma miejsce.</p>				
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wniosku:

pieczętka 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

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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Projekt dotyczy terenu: miejskiego wiejskiego miejsko-wiejskiego

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:

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie/nie dotyczy <i>(wypełnia REALIZATOR)</i>	Data uzupełnienia
		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.	Dokumenty: a) dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów, b) rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego i projektowanego do wykonania – o ile dotyczy, c) dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu, d) pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów, e) zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów				
4.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, o znaczeniu realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej osób niepełnosprawnych w regionie				
5.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wniosku:

<p><i>pieczęćka imienna, podpis pracownika REALIZATORA</i></p> <p><i>data, podpis:</i></p>

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:

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	stopień niepełnosprawności			
	ogółem	lekki	umiarkowany	znaczny
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: a) kosztorys oraz dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysu, b) dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu, c) pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów, d) zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów,				

4.	Wykaz wyposażenia spółdzielni, specyfikację niezbędnego wyposażenia oraz koszt, w tym wykaz tworzonych stanowisk pracy osób niepełnosprawnych zawierający nazwę stanowiska, specyfikację niezbędnego wyposażenia stanowiska wraz z kopiami ofert cenowych oraz koszt jego wyposażenia,				
5.	Wykaz urządzeń i sprzętu dotyczącego adaptacji obiektu spółdzielni wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych				
6.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, o znaczeniu realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej osób niepełnosprawnych w regionie				
7.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 5 procedur realizacji Programu				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2C Wniosku:

pieczętka imienna, podpis pracownika REALIZARORA

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: 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:

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:

<p>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 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>	osoby niepełnosprawne		
	pełnoletnie	do 18 roku życia	łącznie
	pełnoletnie na wózkach	do18 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>			

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie/ nie dotyczy <i>(wypełnia REALIZATOR)</i>	Data uzupełnienia
		tak	nie		
1.	Wykaz pojazdów, 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 (winda, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu				
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. 6 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”				
4.	Charakterystykę prowadzonej przez projektodawcę działalności				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wniosku:

pieczęćka imienna, podpis pracownika REALIZATORA

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 Wniosku, **część 2F** 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 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 (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:
d)	Inne środki PFRON (np. przekazywane algorytmem) przeznaczone na realizację projektu:zł Słownie złotych:

6. Informacje uzupełniające

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

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie/nie dotyczy	Data uzupełnienia
		tak	nie	(wypełnia REALIZATOR)	
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.	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. 8 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wniosku:

pieczęćka imienna, podpis pracownika REALIZATORA
data, podpis: _____

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 REGONNr 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

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 przez samorząd powiatowy 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 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 (wypełnia REALIZATOR)	Data uzupełnienia
		tak	nie		
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:

pieczętka imienna, podpis pracownika REALIZATORA
data, podpis:

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.

Oświadczam, że podczas realizacji projektu, przy przetwarzaniu danych osobowych,

..... reprezentowany przez

(nazwa projektodawcy)

.....
(osoby uprawnione do reprezentowania projektodawcy)

zobowiązuje się do stosowania wymogów związanych z RODO oraz 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. Projektodawca reprezentowany przez

(nazwa projektodawcy)

.....
(osoby uprawnione do reprezentowania projektodawcy)

zobowiązuje 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 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 Projektodawca zobowiązany jest do zbierania danych osobowych beneficjentów ostatecznych pomocy.
- 2) spełnienia obowiązków informacyjnych wynikających z art. 13 RODO (wypełniając obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 RODO Projektodawca zobowiązuje się również do poinformowania beneficjentów ostatecznych programu, że ich dane osobowe zostaną przekazane Realizatorowi tj. Powiatowemu Centrum Pomocy

Rodzinie w Oławie oraz PFRON a Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oławie oraz PFRON przetwarza dane ww. osób w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez 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. Realizator oraz PFRON zastrzega sobie prawo kontroli sposobu wykonywania przez Projektodawcę zobowiązań, o których mowa w ust. 1. Projektodawca zobowiązuje się do udostępniania Realizatorowi bądź PFRON, na każde wezwanie, w siedzibie Realizatora bądź u 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.

Wniosuję o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku

..... dnia r.

.....

pieczęćka imienna

.....

pieczęćka imienna

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

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.*