

Obszar D

Wniosek złożono w PCPR w Leżajsku w dniu.....
--

Nr sprawy:

Wypełnia PCPR

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

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

(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 wnioskuzł

4. Informacje o Projektodawcy

Zakres terytorialny działania Projektodawcy:	
REGON	Nr identyfikacyjny NIP
Czy Projektodawca jest płatnikiem VAT: tak: <input type="checkbox"/> nie: <input type="checkbox"/>	
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: <input type="checkbox"/> nie: <input type="checkbox"/>	
podstawa prawna:.....	

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. Opis projektu

Nazwa projektu:

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

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

Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt:

w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych:

Nazwa jednostki organizacyjnej projektodawcy, która będzie dysponować pojazdem

.....
.....

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

.....
.....

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

*należy wypełnić jeżeli posiada

7. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu

w przypadku obszernego opisu – w załączeniu

Nazwa placówki służącej rehabilitacji/warsztatu terapii zajęciowej, która będzie korzystać z pojazdu:

.....

Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (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:

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

8. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

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

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

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

10. Harmonogram realizacji projektu

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

.....

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

.....

11. 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 wniosku o dofinansowanie</p>	<p>Liczba mikrobusów , w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach 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 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>c) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wniosku o dofinansowanie</p>																
<p>d) liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych/warsztatów terapii zajęciowej, których uczestnikom beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie</p>	<table border="1"> <tr> <td>Placówki służące rehabilitacji</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td>Warsztaty Terapii Zajęciowej</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Placówki służące rehabilitacji		Warsztaty Terapii Zajęciowej												
Placówki służące rehabilitacji																
Warsztaty Terapii Zajęciowej																

12. Koszt realizacji projektu

A.	<p>łącny koszt realizacji projektu:zł słownie złotych:</p>
B.	<p>Własne środki przeznaczone na realizację projektu:zł słownie złotych:</p>
C.	<p>Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyręczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON):zł słownie złotych:</p>

D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:zł słownie złotych:
----	--

13. Informacje uzupełniające

.....

14. Informacje dotyczące pomocy publicznej

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Planowana pomoc jest pomocą de minimis	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>

15. Załączniki (dokumenty) wymagane do Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie (wypełnia PCPR)	Data uzupełnienia
		tak	nie		
1.	Wykaz pojazdów (wraz z ofertami cenowymi), których zakupu lub przystosowania dotyczy projekt zawierający rodzaj pojazdu, ilość miejsc do przewozu osób niepełnosprawnych, w tym miejsc przystosowanych do kotwiczenia wózków inwalidzkich wraz z informacją o dodatkowym wyposażeniu (windy, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu.				
2.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 6 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III” – zał. nr 1 do wniosku.				
3.	Aktualny dokument potwierdzający status prawny projektodawcy.				
4.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Projektodawcy.				

5.	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 Projektodawcy.				
6.	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 Projektodawcy.				
7.	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 do Wniosku:

pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR
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.

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

UWAGA! PFRON nie dofinansowuje kosztów związanych z przygotowaniem Wniosku.

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

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.