

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

WNIOSEK złożono w \_\_\_\_\_  
w dniu \_\_\_\_\_

Nr sprawy:

\_\_\_\_\_  
Wypełnia PCPR)

## Wniosek w sprawie uczestnictwa w realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

### 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.

### Część 1 Wniosku: Dane i informacje o wnioskodawcy

#### 1. Nazwa i adres wnioskodawcy

Pełna nazwa: \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_

Nr posesji: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Gmina: \_\_\_\_\_

Powiat: \_\_\_\_\_

Województwo: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko osoby do kontaktu: \_\_\_\_\_

Numer telefonu osoby do kontaktu: \_\_\_\_\_

Adres www: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

adres skrzynki ePUAP: \_\_\_\_\_

Numer identyfikacyjny NIP: \_\_\_\_\_

Numer identyfikacyjny REGON: \_\_\_\_\_

Numer KRS \_\_\_\_\_

Numer identyfikacyjny PFRON: \_\_\_\_\_

## 2. Osoby uprawnione do reprezentacji wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych:

Imię, nazwisko, funkcja: \_\_\_\_\_

Imię, nazwisko, funkcja: \_\_\_\_\_

## 3. Załączniki (dokumenty) wymagane do Wniosku

- 1) Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wystąpienie podpisane jest przez osoby upoważnione do reprezentowania wnioskodawcy:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

### Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

- 2) Oświadczenie dotyczące wnioskodawcy i podległych jednostek organizacyjnych o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

### Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

- 3) Oświadczenie dotyczące wnioskodawcy i podległych jednostek organizacyjnych o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

### Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wniosku:

\_\_\_\_\_  
podpis pracownika PCPR i data

## Część 2 Wniosku: Informacje o projektach

1. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru B programu (część 2B Wniosku):

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

2. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru C programu (część 2C Wniosku):

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

3. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru D programu (część 2D Wniosku):

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

4. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru F programu (część 2F Wniosku):

| Lp. | Nazwa i adres Projektodawcy | 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**

- 1) Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):
  
- 2) Nazwa Projektodawcy:
- 3) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy)
  
- 4) NIP: \_\_\_\_\_ ; Nr identyfikacyjny PFRON: \_\_\_\_\_ ;
- 5) Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)  
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:
- 6) Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe)  
Podstawa prawna:
- 7) Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):
  
- 8) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: \_\_\_\_\_ , w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych:
- 9) Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier, data budowy obiektu i data oddania do użytkowania:
  
- 10) Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):
  
- 11) NIP:
- 12) 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

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

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): \_\_\_\_\_

## 4. Wartość wskaźników bazowych

Liczba osób niepełnosprawnych uczęszczających do środowiskowego domu samopomocy, centrum integracji społecznej lub klubu integracji społecznej, 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 wniosku o dofinansowanie, z wyszczególnieniem dzieci i młodzieży oraz osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich.

- 1) Niepełnosprawni ogółem:
- 2) Niepełnosprawni do 18 roku życia:
- 3) Niepełnosprawni pełnoletni na wózkach:
- 4) Niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach:

## 5. Koszt realizacji projektu

- |  |             |
|--|-------------|
| 1) Łączny koszt realizacji projektu:<br>złotych:   | zł, słownie |
| 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu:<br>złotych:  | zł, słownie |
| 3) Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje –<br>z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON):<br>złotych: | zł, słownie |
| 4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:<br>złotych:  | zł, słownie |

## 6. Informacja o VAT

Wnioskodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: Tak/Nie (wybrać odpowiednio).

Podstawa prawna: \_\_\_\_\_

## 7. Informacje dotyczące pomocy publicznej

- 1) Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 2) Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 3) Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 4) Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 5) Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe).

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

- 1) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert:  
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)  
**Wypełnia PCPR**  
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)  
Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_
- 2) Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych:  
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)  
**Wypełnia PCPR**  
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)  
Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_
- 3) Kopia dokumentu potwierdzającego rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku:  
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)  
**Wypełnia PCPR**  
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)  
Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_
- 4) O ile dotyczy: oświadczenie, że projekt będzie wykonywany w placówce edukacyjnej działającej zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 roku Prawo oświatowe: Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)  
**Wypełnia PCPR**  
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)  
Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wniosku:

\_\_\_\_\_  
podpis pracownika PCPR i data

## **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**

- 1) Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):
  
- 2) Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych:
  
- 3) Nazwa Projektodawcy:
- 4) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy):
  
- 5) NIP:
- 6) Nr identyfikacyjny PFRON:
- 7) Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)  
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:
- 8) Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe)  
Podstawa prawna:
- 9) Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):
  
- 10) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt:
- 11) Nazwa zakładu spółdzielni socjalnej osób prawnych (której utworzenia dotyczy projekt), w którym adaptowane są pomieszczenia i tworzone stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych:
  
- 12) 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

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

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): \_\_\_\_\_

## 4. Wartość wskaźników bazowych

Wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na utworzenie spółdzielni socjalnej osób prawnych, w roku złożenia wniosku o dofinansowanie: \_\_\_\_\_

## 5. Koszt realizacji projektu

- |   |             |
|---|-------------|
| 1) Łączny koszt realizacji projektu:<br>złotych:  | zł, słownie |
| 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu:<br>złotych:   | zł, słownie |
| 3) Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyręczone, gwarancje –<br>z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON):<br>złotych: | zł, słownie |
| 4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:<br>złotych:   | zł, słownie |

## 6. Informacja o VAT

Wnioskodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: Tak/Nie (wybrać odpowiednio).

Podstawa prawna: \_\_\_\_\_

## 7. Informacje dotyczące pomocy publicznej

- 1) Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 2) Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 3) Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 4) Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);



5) Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe).

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

1) Porozumienie intencyjne w sprawie utworzenia spółdzielni socjalnej osób prawnych:  
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PCPR**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

2) Wykaz robót adaptacyjnych dotyczących obiektu spółdzielni, ich opis i koszt, wraz z kopiami wycen i ofert: Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PCPR**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

3) Wykaz urządzeń i sprzętu dotyczącego adaptacji obiektu spółdzielni wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych:  
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PCPR**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

4) Wykaz wyposażenia spółdzielni, specyfikację niezbędnego wyposażenia oraz koszt:  
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PCPR**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

5) 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: Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PCPR**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2C Wniosku:

\_\_\_\_\_  
podpis pracownika PCPR i data

## **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**

- 1) Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):
- 2) Nazwa Projektodawcy:
- 3) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy):
- 4) NIP: \_\_\_\_\_ ;
- 5) Nr identyfikacyjny PFRON: \_\_\_\_\_ ;
- 6) Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)  
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:
- 7) Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe)  
Podstawa prawna:
- 8) Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):
- 9) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: \_\_\_\_\_ , w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: \_\_\_\_\_ .
- 10) Nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem:
- 11) Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):
- 12) NIP (należy wypełnić, jeżeli posiada):
- 13) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić, jeżeli posiada): \_\_\_\_\_ .

### **2. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu**

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

- 1) Nazwa placówki służącej rehabilitacji / warsztatu terapii zajęciowej / gminy, która będzie korzystać z pojazdu:
- 2) Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (dzień/ miesiąc/rok):
- 3) Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):

- 4) NIP (należy wypełnić jeżeli posiada):
- 5) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić jeżeli posiada):
- 6) 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**

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

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): \_\_\_\_\_

### **6. Wartość wskaźników bazowych**

- 1) 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 wnioskodawcy o dofinansowanie:
  - a) Liczba mikrobusów: \_\_\_\_\_, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: \_\_\_\_\_;
  - b) Liczba autobusów: \_\_\_\_\_, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: \_\_\_\_\_.
- 2) 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 wnioskodawcy o dofinansowanie:
  - a) Osoby niepełnosprawne łącznie: \_\_\_\_\_, w tym osoby pełnoletnie: \_\_\_\_\_ i osoby do 18 roku życia: \_\_\_\_\_;

- b) Osoby niepełnosprawne na wózkach łącznie: \_\_\_\_\_, w tym osoby pełnoletnie na wózkach: \_\_\_\_\_ i osoby do 18 roku życia na wózkach: \_\_\_\_\_
- 3) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wniosku wnioskodawcy o dofinansowanie:
- 4) 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 wnioskodawcy o dofinansowanie:
- a) Placówki służące rehabilitacji:
- b) Warsztaty terapii zajęciowej:

## 7. Koszt realizacji projektu

- 1) Łączny koszt realizacji projektu: \_\_\_\_\_ zł, słownie  
złotych:
- 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu: \_\_\_\_\_ zł, słownie  
złotych:
- 3) Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyręczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): \_\_\_\_\_ zł, słownie  
złotych:
- 4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: \_\_\_\_\_ zł, słownie  
złotych:

## 8. Informacja o VAT

Wnioskodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: Tak/Nie (wybrać odpowiednio).

Podstawa prawna: \_\_\_\_\_

## 9. Informacje dotyczące pomocy publicznej

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);

- 1) Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 2) Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 3) Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 4) Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe).

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

Wykaz pojazdów (wraz z kopiami ofert cenowych), 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:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

### Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wniosku:

\_\_\_\_\_  
podpis pracownika PCPR i data

## **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. Przedmiot projektu**

- 1) Utworzenie warsztatu terapii zajęciowej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 2) Remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej związana z przeciwdziałaniem degradacji infrastruktury: Tak/Nie (wybierz właściwe).

### **2. Opis projektu**

- 1) Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):
  
- 2) Nazwa Projektodawcy:
- 3) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy):
  
- 4) NIP: \_\_\_\_\_ ;
- 5) Nr identyfikacyjny PFRON: \_\_\_\_\_ ;
- 6) Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe);  
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:
- 7) Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe);  
Podstawa prawna: \_\_\_\_\_ ;
- 8) Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):
  
- 9) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: \_\_\_\_\_ , w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych:
- 10) Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie WTZ / nazwa remontowanego lub modernizowanego WTZ, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej ze względu na degradację infrastruktury:
  
- 11) Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):
  
- 12) NIP:

13) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić, jeżeli posiada):

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

---

---

---

### 4. Harmonogram realizacji projektu

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

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): \_\_\_\_\_

### 5. Wartość wskaźników bazowych

- 1) Liczba warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowych domów samopomocy i zakładów aktywności zawodowej na terenie powiatu (według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie), w których zidentyfikowano ryzyko likwidacji miejsc dla osób niepełnosprawnych ze względu na degradację infrastruktury warsztatu (dotyczy projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej):
- 2) Wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie:  
\_\_\_\_\_
- 3) Wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na przeciwdziałanie degradacji infrastruktury istniejących warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowych domów samopomocy i zakładów aktywności zawodowej na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie (dotyczy projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej):

### 6. Koszt realizacji projektu

- 1) Łączny koszt realizacji projektu: zł, słownie  
złotych:
- 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu: zł, słownie  
złotych:
- 3) Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): zł, słownie  
złotych:
- 4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: zł, słownie  
złotych:

## 7. Informacja o VAT

Wnioskodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: Tak/Nie (wybrać odpowiednio).

Podstawa prawna: \_\_\_\_\_

## 8. Informacje dotyczące pomocy publicznej

- 1) Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 2) Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 3) Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 4) Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 5) Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe).

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

- 1) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert – w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji tworzonego lub istniejącego WZ (jeżeli dotyczy):  
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)  
**Wypełnia PCPR**  
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)  
Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_
- 2) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert – w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji środowiskowego domu samopomocy (jeżeli dotyczy):  
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)  
**Wypełnia PCPR**  
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)  
Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_
- 3) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert – w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji zakładu aktywności zawodowej (jeżeli dotyczy):  
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)  
**Wypełnia PCPR**  
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)  
Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_



Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

- 4) Wykaz wyposażenia, urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz kopie ofert cenowych:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PCPR**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wniosku:

\_\_\_\_\_  
podpis pracownika PCPR i data

## Oświadczenia wnioskodawcy

1. **Oświadczam**, że podane we Wniosku informacje są zgodne z prawdą.
2. **Oświadczam**, że znane są mi zapisy programu i procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”.
3. **Oświadczam**, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego Wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wniosku.
4. **Oświadczam**, że na dzień sporządzenia Wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON.
5. **Oświadczam**, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wniosku zostały zweryfikowane pod względem formalnym i merytorycznym.
6. **Oświadczam**, że koszty realizacji projektów wyszczególnionych w części 2B, 2C, 2F Wniosku, o jakie wnioskuję wnioskodawca dotyczą wyłącznie likwidacji barier i zwiększeniu dostępności obiektów budowlanych (jeśli dotyczy).
7. **Oświadczam**, że beneficjenci, których projekty stanowią podstawę do sporządzenia niniejszego wniosku nie posiadają wymagalnych zobowiązań wobec ZUS i Urzędów Skarbowych.

### Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuję o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_ r.

\_\_\_\_\_  
(podpis)

\_\_\_\_\_  
(podpis)

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych