Nr sprawy: ……………………..……

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

**OBSZAR D**

Likwidacja barier transportowych

**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 | Nr kierunkowy |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nr telefonu osoby do kontaktu | adres http://www | e-mail |

1. Osoby uprawnione do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

|  |  |
| --- | --- |
| (pieczątka imienna)podpis............................................................. | (pieczątka imienna)podpis............................................................. |

1. **Informacje o Projektodawcy**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Nr identyfikacyjny NIP | Nr identyfikacyjny PFRON |
| Czy Projektodawca jest podatnikiem VAT: tak: nie: podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT ................................................................... |
| Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak: nie: podstawa prawna:........................................................................................................... |

1. **Informacja o korzystaniu ze środków PFRON (za okres ostatnich 3 lat)**

|  |
| --- |
| Czy Projektodawca korzystał ze środków PFRON tak nie  |
| Cel(nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc) | Nr i data zawarcia umowy | Wysokość otrzymanego dofinansowania |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Razem kwota dofinansowania: |  |

1. **Informacje dotyczące pomocy publicznej**

|  |
| --- |
| Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej 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  |

## Część 2 WNIOSKU: Informacje o projekcie

1. **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, która będzie dysponować pojazdem: ....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ....................................................................................................................................... .......................................................................................................................................NIP.....................; REGON ......................; Nr identyfikacyjny PFRON\* .....................; \*należy wypełnić jeżeli posiada |

1. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu

|  |
| --- |
| w przypadku obszernego opisu – w załączeniuNazwa placówki służącej rehabilitacji / warsztatu terapii zajęciowej / gminy, 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:**.................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |

1. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych

|  |
| --- |
| (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu).................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |

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

|  |
| --- |
| (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

1. Harmonogram realizacji projektu

|  |
| --- |
| Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok):………………………….….Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):..................................................................... |

1. **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 o dofinansowanie
 | **Liczba mikrobusów** ......................................**,** **w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach** .......................................... **Liczba autobusów** ........................................**, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach** ................................................... |
| 1. 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
 | **osoby niepełnosprawne** |
| **pełnoletnie** | **do 18 roku życia** | **łącznie** |
|  |  |  |
| **pełnoletnie na wózkach** | **do18 roku życia na wózkach** | **łącznie na wózkach** |
|  |  |  |
| 1. wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wniosku o dofinansowanie
 |  |
| 1. 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
 | **Placówki służące rehabilitacji** |
|  |
| **Warsztaty terapii zajęciowej** |
|  |

1. **Koszt realizacji projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| A. | Łączny koszt realizacji projektu: .............................................................................złsłownie złotych: ........................................................................................................ ................................................................................................................................. |
| B. | Własne środki przeznaczone na realizację projektu: ................................................złsłownie złotych: ................................................................................................................ ......................................................................................................................................... |
| C. | Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): ........................................................złsłownie złotych: ........................................................................................................ ......................................................................................................................................... |
| D. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .......................................złsłownie złotych: ........................................................................................................ ......................................................................................................................................... |

## Część 3 WNIOSKU: 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 projekt stanowiący podstawę do sporządzenia niniejszego Wniosku został zweryfikowany pod względem formalnym i merytorycznym.

**Oświadczam**, że projekt stanowiący podstawę do sporządzenia niniejszego Wniosku jest zgodny z samorządowym programem działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

**Uwaga! Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.**

Wnioskuję o dofinansowanie projektu wymienionego w niniejszym wniosku

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

(miejscowość) (data)

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

pieczątka imienna pieczątka 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.

## Część 4 WNIOSKU: Wykaz załączników - WYPEŁNIA PCPR

**Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:**

| Lp. | Nazwa załącznika | Załączono do wniosku | Uzupełniono tak/nie | Data uzupełnienia |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| tak | nie | (wypełnia PCPR) |
| 1. | Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania Projektodawcy |  |  |  |  |
| 2. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 6 procedur realizacji Programu wyrównywania różnic między regionami III |  |  |  |  |
| 3. | Oświadczenia dotyczące Projektodawcy i jednostki, której dotyczy wniosek o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON |  |  |  |  |
| 4. | Oświadczenie dotyczące Projektodawcy i jednostki, której dotyczy wniosek, o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników |  |  |  |  |
| 5. | Oświadczenie dotyczące Projektodawcy i jednostki, której dotyczy wniosek o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków |  |  |  |  |
| 6. | 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 informacja o dodatkowym wyposażeniu (winda, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu oraz co najmniej 2 oferty cenowe |  |  |  |  |
| 7. | Aktualny dokument potwierdzający status prawny Projektodawcy i jednostki, której dotyczy wniosek |  |  |  |  |
| 8. | Dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów dla adresatów pomocy w obszarze D - likwidacja barier transportowych: Adresatami pomocy mogą być:a) placówki służące rehabilitacji osób niepełnosprawnych prowadzone przez: organizacje pozarządowe albo jednostki samorządu terytorialnego, b) jednostki prowadzące warsztaty terapii zajęciowej,c) gminy, które dowożą osoby z niepełnosprawnościami do znajdujących się poza ich terenem placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych;Definicje pojęć:**\*placówka służąca rehabilitacji osób niepełnosprawnych** – należy przez to rozumieć placówkę działającą co najmniej rok, licząc od daty złożenia wniosku, w której udzielane jest wsparcie osobom niepełnosprawnym świadczone w sposób ciągły (tzn. co najmniej 5 dni w tygodniu, przez co najmniej 10 miesięcy w roku) prowadzoną przez: a) organizację pozarządową, b) jednostkę samorządu terytorialnego;**\*organizacje pozarządowe** – należy przez to rozumieć prowadzące działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku: a) organizacje pozarządowe, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie w tym fundacje i stowarzyszenia - posiadające statutowy zapis o prowadzeniu działań na rzecz osób niepełnosprawnych, b) osoby prawne i jednostki organizacyjne działającą na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania;**\*jednostkach prowadzących warsztaty terapii zajęciowej** – należy przez to rozumieć jednostki działające zgodnie z zasadami zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 r. w sprawie warsztatówterapii zajęciowej. |  |  |  |  |
| 9. | Oświadczenia o kwalifikowalności podatku VATW przypadku, gdy beneficjent jest podatnikiem VAT, VAT nie jest kwalifikowalny, chyba że beneficjent oświadczy, iż będąc podatnikiem podatku VAT nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony, ze względu na wyłączenie możliwości odliczenia podatku naliczonego, wynikające z obowiązujących przepisów prawa.– oświadczenie dotyczące Projektodawcy i jednostki, której dotyczy wniosek, z podaniem podstawy prawnej zwolnienia z podatku VAT lub wyłączenia |  |  |  |  |
| 10. | 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: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;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;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;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; 5) oświadczenia o prowadzeniu działalności w sektorze transportu, jeżeli taki przypadek ma miejsce;6) aktualny formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis. |  |  |  |  |

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów**

………………………………………………………………………..

Data, pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR