

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 <a href="http://www">http://www</a>	e-mail

**2. Osoby uprawnione do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych**

(pieczęćka imienna)	(pieczęćka imienna)
podpis.....	podpis.....

### 3. Informacje o Projektodawcy

Nr identyfikacyjny NIP	Nr identyfikacyjny PFRON
Czy Projektodawca jest podatnikiem VAT: tak: <input type="checkbox"/> nie: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> nie: <input type="checkbox"/> podstawa prawna:.....	

### 4. 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	Wysokość otrzymanego dofinansowania
	Razem kwota dofinansowania:	

### 5. 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"/>

## 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

## 2. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu

w przypadku obszernego opisu – w załączeniu

Nazwa 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:**

## 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

<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 .....</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 wniosku o dofinansowanie</p>	<b>osoby niepełnosprawne</b>		
	<b>pełnoletnie</b>	<b>do 18 roku życia</b>	<b>łącznie</b>
	<b>pełnoletnie na wózkach</b>	<b>do 18 roku życia na wózkach</b>	<b>łącznie na wózkach</b>
<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>	<b>Placówki służące rehabilitacji</b>		
	<b>Warsztaty terapii zajęciowej</b>		

## 7. Koszt realizacji projektu

<p>A.</p>	<p>Łączny koszt realizacji projektu: .....zł słownie złotych: .....</p>
<p>B.</p>	<p>Własne środki przeznaczone na realizację projektu: .....zł</p>

	słownie złotych: .....
	.....
C.	Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): .....zł słownie złotych: .....
	.....
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .....zł słownie 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)

.....

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.

**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 upoważnione 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 informacją 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				

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	(wypełnia PCPR)	
	<p>pozarządowe albo jednostki samorządu terytorialnego,</p> <p>b) jednostki prowadzące warsztaty terapii zajęciowej,</p> <p>c) gminy, które dowożą osoby z niepełnosprawnościami do znajdujących się poza ich terenem placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych;</p> <p>Definicje pojęć:</p> <p><b>*placówka służąca rehabilitacji osób niepełnosprawnych</b> – 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:</p> <p>a) organizację pozarządową,</p> <p>b) jednostkę samorządu terytorialnego;</p> <p><b>*organizacje pozarządowe</b> – należy przez to rozumieć prowadzące działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku:</p> <p>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,</p> <p>b) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające 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;</p> <p><b>*jednostkach prowadzących warsztaty terapii zajęciowej</b> – 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 warsztatów terapii zajęciowej.</p>				
9.	<p>Oświadczenia o kwalifikowalności podatku VAT</p> <p>W 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</p>				



Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	(wypełnia PCPR)	
	odliczenia podatku naliczonego, wynikające z obowiązujących przepisów prawa. – oświadczenie dotyczące Projektodawcy i jednostki, której dotyczy wnioski, 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 art. 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, pieczęćka imienna, podpis pracownika PCPR