

Wniosek złożono
w .....
w dniu .....

Nr sprawy:
Wypełnia Realizator

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach obszaru B, C, D, F i G „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

**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	adres http://www		e-mail

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

<i>(pieczęćka imienna)</i>	<i>(pieczęćka imienna)</i>
podpis .....	podpis .....

**3. Informacje o Projektodawcy**

Nr identyfikacyjny NIP	Numer 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. 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 <i>de minimis</i>	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>

**5. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku**

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie (wypełnia PFRON)	Data uzupełnienia
		tak	nie		
1.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Projektodawcy				
2.	Oświadczenie dotyczące projektodawcy, którego dotyczy wniosek o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników				
3.	Oświadczenie dotyczące projektodawcy, którego dotyczy wniosek o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków				

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wniosku:**

pieczęćka imienna, podpis 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):

.....  
.....

Nazwa projektodawcy realizującej projekt

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) .....

Imię Nazwisko osoby do kontaktu ..... Nr telefonu osoby do kontaktu .....

NIP ..... Nr identyfikacyjny PFRON ..... \*

O ile dotyczy\*

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

.....  
.....

Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: ...

w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: ...

Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier oraz nazwa i adres jednostki organizacyjnej projektodawcy prowadzącej obiekt .....

.....  
.....

Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): .....

.....  
.....

NIP ..... 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 wskaźnika bazowego

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 wniosku o dofinansowanie, z wyszczególnieniem dzieci i młodzieży oraz osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich	<b>niepełnosprawni ogółem</b>	<b>niepełnosprawni do 18 roku życia</b>
	<b>niepełnosprawni pełnoletni na wózkach</b>	<b>niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach</b>

## 5. Koszt realizacji projektu

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

## 6. Informacje uzupełniające

.....

.....

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
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.	O ile dotyczy: a) dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów, b) rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego i projektowanego do wykonania, c) dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu, d) kopia pozwolenia na budowę – jeśli pozwolenie jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów, e) zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów, f) dokument potwierdzający rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku.				

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wniosku:**

*pieczęćka imienna, podpis Realizatora*

*data, podpis:*

## 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 Wniosku):

.....  
.....

Nazwa Projektodawcy realizującej projekt

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) .....

Imię Nazwisko osoby do kontaktu ..... Nr telefonu osoby do kontaktu .....

NIP ..... Nr identyfikacyjny PFRON .....

O ile dotyczy\*

Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych

.....  
.....

Nazwa Projektodawcy: .....

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) .....

NIP .....\* Nr identyfikacyjny PFRON .....

O ile dotyczy\*

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 (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):

.....  
.....

Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: ...

Nazwa zakładu spółdzielni socjalnej osób prawnych (której utworzenia dotyczy projekt), w którym adaptowane są pomieszczenia i tworzone stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych.....

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

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



**6. Informacje uzupełniające**

<p>.....</p> <p>.....</p>
---------------------------

**7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2C Wniosku**

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	Porozumienie intencyjne w sprawie utworzenia spółdzielni socjalnej osób prawnych				
2.	Wykaz robót adaptacyjnych dotyczących obiektu spółdzielni, ich opis i koszt wraz z kopiami kosztorysów, wycen i ofert				
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				
4.	Wykaz wyposażenia spółdzielni, specyfikację niezbędnego wyposażenia oraz koszt				
5.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu				
6.	Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów				
7.	Zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów				
8.	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				

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2C Wniosku:**

<p><i>pieczętka imienna, podpis Realizatora</i></p>
<p>data, podpis:</p>

## 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):

.....  
.....

Nazwa Projektodawcy realizującej projekt

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) .....

Imię Nazwisko osoby do kontaktu ..... Nr telefonu osoby do kontaktu .....

NIP ..... Nr identyfikacyjny PFRON .....

O ile dotyczy\*

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 ..... 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, 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.....\* 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

a) liczba pojazdów (w rozbiu 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	<b>Liczba mikrobusów</b> ....., <b>w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach</b> .....  <b>Liczba autobusów</b> ....., <b>w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach</b> .....		
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	<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>
c) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wystąpienia wniosku o dofinansowanie			
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 wystąpienia wniosku o dofinansowanie	<b>Placówki służące rehabilitacji</b>		
	<b>Warsztaty terapii zajęciowej</b>		

## 7. Koszt realizacji projektu

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

**8. Informacje uzupełniające**

<p>.....</p> <p>.....</p>
---------------------------

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
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				

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wniosku:**

<p><i>pieczęćka imienna, podpis Realizatora</i></p>
<p><i>data, podpis:</i></p>

**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 -**

Utworzenie warsztatu terapii zajęciowej	<input type="checkbox"/>
Remont lub modernizację warsztatu terapii zajęciowej	<input type="checkbox"/>

**2. Opis projektu**

Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku): ..... .....
Nazwa Projektodawcy realizującej projekt Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) ..... Imię Nazwisko osoby do kontaktu ..... Nr telefonu osoby do kontaktu ..... NIP ..... Nr identyfikacyjny PFRON ..... *
O ile dotyczy*
Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu): ..... ..... .....
Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: ... w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: ...

Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie WTZ / nazwa remontowanego lub modernizowanego WTZ:

.....  
 .....

Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): .....

.....

NIP..... Nr identyfikacyjny PFRON\* .....

\* należy wypełnić jeżeli posiada

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

(w przypadku remontu lub modernizacji warsztatu terapii zajęciowej należy opisać aktualny stan obiektu który ma być remontowany / modernizowany; 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

a) liczba warsztatów terapii zajęciowej 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*	
b) wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok wniosku realizatora programu o uczestnictwo w programie	
c) wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na przeciwdziałanie degradacji infrastruktury istniejących warsztatów terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie*	

\* dotyczy projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej

**6. Koszt realizacji projektu**

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

**7. Informacje uzupełniające**

(w przypadku remontu lub modernizacji warsztatu terapii zajęciowej należy wskazać datę oraz zakres ostatniej modernizacji / remontu)

.....

.....

.....

**8. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2F Wniosku**

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	(wypełnia PFRON)	
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 - w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizację warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji WTZ				

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wniosku:**

*pieczętka imienna, podpis Realizatora*

*data, podpis:*



**Część 2G WNIOSKU:**

**Informacje o projekcie planowanym do realizacji w ramach obszaru G programu**

**1. Opis projektu**

Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):

.....  
.....

Nazwa Jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego realizującej obszar G

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) .....

Imię Nazwisko osoby do kontaktu ..... Nr telefonu osoby do kontaktu .....

NIP ..... Nr identyfikacyjny PFRON ..... \*

O ile dotyczy\*

Cel projektu: .....

.....

Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: ...

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)

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

**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 zarejestrowanych jako bezrobotne lub poszukujące pracy na terenie powiatu, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia przez samorząd powiatowy wniosku o dofinansowanie	
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: .....
C.	Wnioskowana kwota na obsługę (2,5% od kwoty z pozycji B): ..... zł słownie złotych: .....

### 6. Informacje uzupełniające

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

### 7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2G Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono	Data uzupełnienia
		tak	nie	tak/nie (wypełnia PFRON)	
1.	Dokument potwierdzający wysokość środków algorytmu zabezpieczonych w planie finansowym powiatu na realizację zadań własnych dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych				

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2G Wniosku:**

pieczętka imienna, podpis Realizatora

data, podpis:

str. 18

## **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.

Wniosuję o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku

..... dnia ..... r.

.....  
*pieczętka imienna*

.....  
*pieczętka 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.*