

Wystąpienie złożono
w.....PCPR
w dniu.....

Nr sprawy:

Wypełnia PCPR

WYSTĄPIENIE

w sprawie uczestnictwa jednostki prowadzącej warsztat terapii zajęciowej/placówki służącej rehabilitacji osób niepełnosprawnych* prowadzonej przez gminę/organizację pozarządową* w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

Pouczenie:

W wystąpieniu należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „**Nie dotyczy**”.

Część 1 WYSTĄPIENIA: Dane i informacje o jednostce prowadzącej warsztat terapii zajęciowej/placówce służącej rehabilitacji osób niepełnosprawnych*

1. Nazwa i adres jednostki prowadzącej warsztat terapii zajęciowej/placówki służącej rehabilitacji osób niepełnosprawnych *

Pełna nazwa:

.....

.....

Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Gmina	Powiat	Województwo	Imię Nazwisko osoby do kontaktu
Nr telefonu osoby do kontaktu	Nr fax	adres http://www	e-mail

* niepotrzebne skreślić

2. Osoby uprawnione do reprezentacji jednostki prowadzącej warsztat terapii zajęciowej/placówki służącej rehabilitacji osób niepełnosprawnych * i zaciągania zobowiązań finansowych

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

3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON

Czy jednostka prowadząca warsztat terapii zajęciowej/placówka służąca rehabilitacji osób niepełnosprawnych* jest zobowiązana do wpłat na rzecz PFRON	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy jednostka prowadząca warsztat terapii zajęciowej/placówka służąca rehabilitacji osób niepełnosprawnych* 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 Wystąpieniazł	

4. Informacje o jednostce prowadzącej warsztat terapii zajęciowej/placówce służącej rehabilitacji osób niepełnosprawnych

REGON	Nr identyfikacyjny NIP
Czy jednostka prowadząca warsztat terapii zajęciowej/placówka służąca rehabilitacji osób niepełnosprawnych* jest podatnikiem VAT: tak: <input type="checkbox"/> nie: <input type="checkbox"/> podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT	
Wnioskodawca 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:.....	

* niepotrzebne skreślić

5. Załączniki (dokumenty) wymagane do Wystąpienia

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy Wystąpienie podpisane jest przez osoby upoważnione do reprezentowania jednostki prowadzącej warsztat terapii zajęciowej/placówki służącej rehabilitacji osób niepełnosprawnych*				
2.	Zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wystąpienia)– oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy				
3.	Dokumenty z Urzędu Skarbowego: decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wystąpienia)– oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wystąpienia:

<i>pieczęćka imienna, podpis pracownika PCPR</i>
<i>data, podpis:</i>

Część 2D WYSTĄPIENIA: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru D programu

UWAGA!

W przypadku większej ilości projektów zgłoszonych w części 2 Wystąpienia, **część 2D** Wystąpienia należy skopiować i wypełnić dla każdego projektu oddzielnie

1. Opis projektu

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

.....
.....

Nazwa Projektodawcy:.....

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

NIP ;REGON; Nr identyfikacyjny PFRON

Czy projektodawca jest podatnikiem VAT tak nie

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT

Wnioskodawca jest podatnikiem 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)

.....
.....

Projekt dotyczy terenu: miejskiego ; wiejskiego ; miejsko-wiejskiego ;

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

2. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu do przewozu osób niepełnosprawnych zawierające informacje o placówce służącej rehabilitacji osób niepełnosprawnych lub warsztacie terapii zajęciowej, których uczestnicy będą mieli zapewniony transport w wyniku realizacji projektu

w przypadku obszernego opisu – w załączeniu

Nazwa placówki służącej rehabilitacji/warsztatu terapii zajęciowej:.....

Data rozpoczęcia działalności (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

Rozpoczęcie realizacji projektu (*dzień, miesiąc, rok*):

.....

Przewidywany czas realizacji (*w miesiącach*):

.....

6. Wartość wskaźników bazowych:

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 wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie	Liczba mikrobusów , w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach Liczba autobusów , w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach						
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 wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie	osoby niepełnosprawne						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">pełnoletnie</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">do 18 roku życia</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">łącznie</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	pełnoletnie	do 18 roku życia	łącznie			
	pełnoletnie	do 18 roku życia	łącznie				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">pełnoletnie na wózkach</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">do 18 roku życia na wózkach</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">łącznie na wózkach</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	pełnoletnie na wózkach	do 18 roku życia na wózkach	łącznie na wózkach				
pełnoletnie na wózkach	do 18 roku życia na wózkach	łącznie na wózkach					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>							
c) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wystąpienia							

7. Koszt realizacji projektu

A.	Łączny koszt realizacji projektu:zł słownie złotych:
B.	Środki własne Projektodawcy 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 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 ;

9. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2D Wystąpienia

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	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				
2.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 6 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wystąpienia:

pieczęćka imienna, podpis pracownika PCPR

data, podpis:

Oświadczenia Projektodawcy:

Oświadczam, że podane w Wystąpieniu 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 Wystąpienia wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wystąpienia.

Oświadczam, że na dzień sporządzenia Wystąpienia reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON.

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wystąpienie z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuje o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wystąpieniu

..... dniar.

.....

pieczętka imienna

.....

pieczętka imienna

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

Pouczenie:

*W Wystąpieniu należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „**Nie dotyczy**”.
W przypadku, gdy w formularzu Wystąpienia 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.*