

Projekt złożono  
 w.....PCPR  
 w dniu.....

Nr sprawy:  
 Wypełnia PCPR

**PROJEKT**  
**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 projekcie należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”.*

**Część 1 PROJEKTU: 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



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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy Projekt podpisany 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 Projektu:**

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

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

**UWAGA!**

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

**1. Opis projektu**

Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Projektu): ..... .....
Nazwa Projektodawcy:..... Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy)..... NIP ..... ;REGON .....; Nr identyfikacyjny PFRON .....;
Czy projektodawca 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:.....
Cel projektu: (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu) ..... .....
Projekt dotyczy terenu:    miejskiego <input type="checkbox"/> ;      wiejskiego <input type="checkbox"/> ;      miejsko-wiejskiego <input type="checkbox"/> ;
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)

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



**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	<b>osoby niepełnosprawne</b>						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33%;">pełnoletnie</th> <th style="width: 33%;">do 18 roku życia</th> <th style="width: 33%;">łącznie</th> </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> <th style="width: 33%;">pełnoletnie na wózkach</th> <th style="width: 33%;">do 18 roku życia na wózkach</th> <th style="width: 33%;">łącznie na wózkach</th> </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					
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 Projektu**

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 (windy, 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 Projektu:**

*pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR*

*data, podpis:*



**Oświadczenia Projektodawcy:**

**Oświadczam**, że podane w Projekcie 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 Projektu wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego projektu.

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

**Uwaga!**

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Projekt z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuje o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym projekcie

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

.....

*pieczętka imienna*

.....

*pieczętka imienna*

*podpisy osób upoważnionych do reprezentacji projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych*

**Pouczenie:**

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