

Wystąpienie złożono w.....PFRON w dniu.....
---

Nr sprawy:
Wypełnia PFRON

## WYSTĄPIENIE

**w sprawie uczestnictwa samorządu powiatowego w realizacji  
„Programu wyrównywania różnic między regionami III”**

### Pouczenie:

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

### Część 1 WYSTĄPIENIA: Dane i informacje o Jednostce samorządu

#### 1. Nazwa i adres samorządu powiatowego

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

#### 2. Osoby uprawnione do reprezentacji samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych

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

**3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON**

Czy Jednostka samorządu jest zobowiązana do wpłat na rzecz PFRON	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy Jednostka samorządu 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 Wystąpienia	.....zł	

**4. Informacje o samorządzie powiatowym**

REGON	Nr identyfikacyjny NIP
Czy Jednostka samorządu 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:.....	

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia		Uzupełniono tak/nie (wypełnia PFRON)	Data uzupełnienia
		tak	nie		
1.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy Wystąpienie podpisane jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Jednostki samorządu				
2.	Zaświadczenie z ZUS dotyczące powiatu, starostwa powiatowego i jednostek organizacyjnych powiatu, których dotyczy wystąpienie 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 z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy				

3.	Dokumenty z Urzędu Skarbowego dotyczące powiatu, starostwa powiatowego i jednostek organizacyjnych powiatu, których dotyczy wystąpienie: 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				
4.	Informacja o wszystkich złożonych do jednostki samorządu projektach, sporządzona zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik do wystąpienia				
5.	Oświadczenie o zgodności projektów z samorządowym programem działań na rzecz osób niepełnosprawnych				

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

<p><i>pieczętka imienna, podpis pracownika PFRON</i></p>  <p><i>data, podpis:</i></p>
---

**Część 2 WYSTĄPIENIA: Informacje o projektach**

**1. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru B programu:**

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu

**2. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru C programu:**

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu

**3. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru D programu:**

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu

**4. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru F programu:**

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu

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

**UWAGA!**

W przypadku większej ilości projektów zgłoszonych w części 2 Wystąpienia, **część 2B** 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 obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier.....

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

NIP\* .....; REGON\* .....; Nr identyfikacyjny PFRON\* .....

\* należy wypełnić jeżeli jest inny niż projektodawcy

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

## 3. Harmonogram realizacji projektu

Rozpoczęcie realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok):

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

**4. Wartość wskaźników bazowych:**

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 wystąpienia samorządu powiatowego lub 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>
b) liczba placówek edukacyjnych, urzędów lub środowiskowych domów samopomocy położonych na terenie powiatu, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego o lub wniosku o dofinansowanie		
c) liczba placówek edukacyjnych, urzędów lub środowiskowych domów samopomocy położonych na terenie powiatu, kompleksowo dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie		
d) wysokość środków przeznaczonych w planie beneficjenta na likwidację barier architektonicznych w placówkach edukacyjnych, urzędach lub środowiskowych domach samopomocy, na rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie		

**5. 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 ( <i>środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON</i> ): .....zł słownie złotych: ..... .....
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .....zł słownie złotych: ..... .....



## 6. 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 ;

## 7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2B Wystąpienia

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	(wypełnia PFRON)	
1.	Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami kosztorysów, wycen i ofert				
2.	Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych				
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) pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów, e) zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów				
4.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie				

5.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”				
----	---	--	--	--	--

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

*pieczęćka imienna, podpis pracownika PFRON*

*data, podpis:*

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

**UWAGA!**

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

**1. Opis projektu**

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

.....  
.....

Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych

1.Nazwa Projektodawcy:.....

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

NIP ..... ;REGON .....; Nr identyfikacyjny PFRON .....

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:.....

2.Nazwa Projektodawcy:.....

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

NIP ..... ;REGON .....; Nr identyfikacyjny PFRON .....

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)

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

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

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

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

.....

Przewidywany czas realizacji (*w miesiącach*):

.....

### 4. Wartość wskaźników bazowych:

a) liczba osób niepełnosprawnych z terenu powiatu zatrudnionych w spółdzielniach socjalnych, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie	<b>stopień niepełnosprawności</b>			
	<b>ogółem</b>	<b>lekki</b>	<b>umiarkowany</b>	<b>znaczny</b>
b) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na utworzenie spółdzielni socjalnej osób prawnych, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie				

### 5. 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 ( <i>środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON</i> ): .....zł słownie złotych: .....
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .....zł słownie złotych: .....

## 6. 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 ;

## 7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2C Wystąpienia

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia		Uzupełniono tak/nie (wypełnia PFRON)	Data uzupełnienia
		tak	nie		
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.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu				
6.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu				
7.	Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów				
8.	Zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów				
9.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 5 procedur realizacji Programu				

10.	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  
Wystąpienia:**

*pieczętka imienna, podpis pracownika PFRON*

*data, podpis:*

**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 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 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> <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					
c) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie							
d) liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych, których uczestnikom beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie							

**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 (windy, najazdy) koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu				
2.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie				
3.	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:**

*pieczętka imienna, podpis pracownika PFRON*

*data, podpis:*

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

**UWAGA!**

W przypadku większej ilości projektów zgłoszonych w części 2 Wystąpienia, **część 2F** 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 ;



**4. Wartość wskaźników bazowych:**

a) liczba osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie powiatu, będących uczestnikami warsztatów terapii zajęciowej według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie	
b) wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, w roku wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie	

**5. 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 ( <i>środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON</i> ): .....zł słownie złotych: .....
D.	Środki PFRON przekazywane algorytmem przeznaczone na realizację projektu słownie złotych .....
E.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .....zł słownie złotych: .....

**6. 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 ;

**7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2 F Wystąpienia**

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
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 (Dz. U. Nr 63, poz.587)				
2.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie				
3.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 8 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”				

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

*pieczęćka imienna, podpis pracownika PFRON*

*data, podpis:*



## **Oświadczenia samorządu powiatowego**

**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.

**Oświadczam**, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wystąpienia zostały zweryfikowane pod względem formalnym i merytorycznym.

**Oświadczam**, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wystąpienia są zgodnie z samorządowym programem działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

### **Uwaga!**

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wystąpienie z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuje o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wystąpieniu

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

.....

pieczętka imienna

.....

pieczętka imienna

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji samorządu powiatowego 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.*