

Wniosek złożono  
w ..... PFRON  
w dniu .....

Wypełnia PFRON

Nr sprawy:

## WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków PFRON projektów  
w ramach obszaru 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 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 wniosku	..... 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. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON (za okres ostatnich 3 lat)

Czy Jednostka samorządu korzystała 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	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona		

	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

## 6. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	Oświadczenie samorządu powiatowego o zgodności zgłoszonych projektów z celami założonymi w samorządowym programie działań na rzecz osób niepełnosprawnych				
2.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Jednostki samorządu				
3.	Zaświadczenie z ZUS dotyczące powiatu, starostwa powiatowego i jednostek organizacyjnych powiatu, których dotyczy wnioski o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy				
4.	Dokumenty z Urzędu Skarbowego dotyczące powiatu, starostwa powiatowego i jednostek organizacyjnych powiatu, których dotyczy wnioski: decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) – 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 Wniosku:**

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

**Część 2 WNIOSKU:  
Informacje o projektach**

**1. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez samorząd powiatowy w ramach obszaru B programu:**

L.p.	Nazwa projektu

**2. Wykaz projektów zgłoszonych przez samorząd powiatowy w ramach obszaru C programu:**

L.p.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu

**3. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez samorząd powiatowy w ramach obszaru D programu:**

L.p.	Nazwa projektu

**4. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez samorząd powiatowy w ramach obszaru F programu:**

L.p.	Nazwa projektu

**5. Projekt planowany do realizacji przez samorząd powiatowy w ramach obszaru G programu:**

L.p.	Nazwa projektu

**Część 2G WNIOSKU:**

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

**1. Opis projektu**

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 ..... REGON ..... Nr identyfikacyjny PFRON ..... \*

O ile dotyczy\*

Cel projektu: .....

Uzasadnienie potrzeby skierowania do powiatu dodatkowych środków na zadania dotyczące aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych zawierające informacje o planowanym sposobie ich wydatkowania (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

..... Projekt

dotyczy terenu:    miejskiego         wiejskiego         miejsko-wiejskiego

## 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 zatrudnionych na terenie powiatu, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie	
b) wysokość środków zaplanowanych przez powiat na zadania dotyczące aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych, w roku 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: ..... w tym na obsługę ..... zł (słownie złotych) .....
----	---

## 6. Informacje uzupełniające

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

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	Dokument potwierdzający wysokość środków algorytmu zabezpieczonych w planie finansowym powiatu na realizację zadań własnych dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych				
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. 10 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”				

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

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



### **Oświadczenia Wnioskodawcy**

**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 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.

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

### **Uwaga!**

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuje o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku

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

.....

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

Załącznik nr 1 – oświadczenie VAT

Załącznik nr 2 – oświadczenie dotyczące pomocy *de minimis*

Załącznik nr 3 – oświadczenie o otrzymanej pomocy *de minimis*

Załącznik nr 4 – oświadczenie o innej pomocy

Załącznik nr 5 – oświadczenie dotyczące pomocy *de minimis*