Wniosek złożono w Powiatowym Urzędzie Pracy w Starogardzie Gdańskim  
w dniu

Nr sprawy:

(Wypełnia PUP)

**WNIOSEK  
o dofinansowanie ze środków PFRON projektu w ramach obszaru D**

**„Programu wyrównywania różnic między regionami III”**

**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.

**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 i nazwisko osoby do kontaktu:

Numer telefonu osoby do kontaktu:

Adres www:

e-mail:

adres skrzynki ePUAP:

Numer identyfikacyjny NIP:

Numer identyfikacyjny REGON:

Numer KRS

Numer identyfikacyjny PFRON:

1. **Osoba uprawniona do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych**

Imię, nazwisko, funkcja

Imię, nazwisko, funkcja

1. **Załączniki (dokumenty) wymagane do Wniosku**
2. Pełnomocnictwo lub inny dokument potwierdzający uprawnienia projektodawcy do zaciągania zobowiązań finansowych – np. uchwała pod projekt lub upoważnienie do zaciągania zobowiązań:   
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PUP**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

1. Oświadczenie dotyczące Projektodawcy, którego dotyczy wniosek o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników:  
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PUP**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

1. Oświadczenie dotyczące projektodawcy, którego dotyczy wniosek o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków:   
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PUP**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wniosku:

podpis pracownika PUP i data

## Część 2D WNIOSKU: Informacje o projekcie planowanym do realizacji w ramach obszaru D programu

### Opis projektu

1. Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):
2. Nazwa Projektodawcy:
3. Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy):
4. NIP: ;
5. Nr identyfikacyjny PFRON: ;
6. Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)  
   Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:

1. Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe)   
   Podstawa prawna:
2. Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):

1. Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: , w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem:

1. Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):

1. NIP (należy wypełnić, jeżeli posiada):
2. Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić, jeżeli posiada): .

### Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

1. Nazwa placówki służącej rehabilitacji / warsztatu terapii zajęciowej / gminy, która będzie korzystać z pojazdu:

1. Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (dzień/miesiąc/rok):
2. Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):

1. NIP (należy wypełnić jeżeli posiada):
2. Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić jeżeli posiada):
3. Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu:

### Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

### Harmonogram realizacji projektu

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok):

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

### Wartość wskaźników bazowych

1. 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 wniosku o dofinansowanie:
2. Liczba mikrobusów: , w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: ;
3. Liczba autobusów: , w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: .
4. 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:
5. Osoby niepełnosprawne łącznie: , w tym osoby pełnoletnie:   
   i osoby do 18 roku życia: ;
6. Osoby niepełnosprawne na wózkach łącznie: , w tym osoby pełnoletnie na wózkach: i osoby do 18 roku życia na wózkach:
7. wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wniosku o dofinansowanie:
8. 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 wniosku o dofinansowanie:
9. Placówki służące rehabilitacji:
10. Warsztaty terapii zajęciowej:

### Koszt realizacji projektu

1. Łączny koszt realizacji projektu: zł, słownie złotych:
2. Własne środki przeznaczone na realizację projektu: zł, słownie złotych:
3. Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje –   
   z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): zł, słownie złotych:
4. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: zł, słownie złotych:

### Informacje o VAT

Wnioskodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: Tak/Nie (wybrać odpowiednio). Podstawa prawna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Informacje uzupełniające

### Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2D Wniosku

Wykaz pojazdów (wraz z kopiami ofert cenowych), 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:  
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PUP**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D WNIOSKU:

podpis pracownika PUP i data

**Oświadczenia Projektodawcy**

1. **Oświadczam**, że podane we Wniosku informacje są zgodne z prawdą.
2. **Oświadczam**, że znane są mi zapisy programu i procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”
3. **Oświadczam**, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego Wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wniosku.
4. **Oświadczam**, że koszty realizacji projektu wyszczególnione we wniosku, o jakie wnioskuje Projektodawca dotyczą wyłącznie likwidacji barier i zwiększeniu dostępności obiektów budowlanych (jeśli dotyczy)
5. **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.

Wnioskuję o dofinansowanie projektu wymienionego w niniejszym wniosku

, dnia r.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| podpis |  |

podpis osoby upoważnionej do reprezentacji projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych