Wniosek złożono w Powiatowym Urzędzie Pracy w Starogardzie Gdańskim
w dniu

Nr sprawy:

(Wypełnia PUP)

**WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach obszaru B**

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

**Pouczenie:**

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”.

**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:

### Nazwa obiektu, w którym planowana jest likwidacja barier oraz nazwa i adres jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego prowadzącej obiekt

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

### NIP Nr identyfikacyjny PFRON

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

podpis i pieczątka imienna

1. **Informacje o Projektodawcy**
2. Numer identyfikacyjny NIP:
3. Numer identyfikacyjny PFRON:
4. **Załączniki (dokumenty) wymagane do Wniosku**

***Wszystkie załączniki należy złożyć w dwóch egzemplarzach***

1. 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 2B WNIOSKU: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru B programu

**UWAGA!**

W przypadku większej ilości projektów zgłoszonych w części 2 Wniosku część 2B Wniosku należy skopiować i wypełnić dla każdego projektu oddzielnie.

### 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:  ; Nr identyfikacyjny PFRON: ;
5. Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:
6. 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:
7. Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):
8. Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: , w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych:
9. Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier:
10. Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):
11. NIP:
12. Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić, jeżeli posiada):

### 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

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 wniosku o dofinansowanie, z wyszczególnieniem dzieci i młodzieży oraz osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich.

1. Niepełnosprawni ogółem:
2. Niepełnosprawni do 18 roku życia:
3. Niepełnosprawni pełnoletni na wózkach:
4. Niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach:

### 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 dotyczące pomocy publicznej

1. Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
2. Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
3. Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
4. Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
5. Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe);

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

***Wszystkie załączniki należy złożyć w dwóch egzemplarzach***

1. Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PUP**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

1. Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PUP**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

1. Zakres rzeczowy i finansowy robót związanych z likwidacją barier określa projekt budowlany oraz kosztorys inwestorski, ofertowy, wycena lub oferta:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PUP**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

1. O ile dotyczy: kopia dokumentu potwierdzającego rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PUP**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

1. O ile dotyczy: dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów, rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego i projektowanego do wykonania, dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu, pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane no podstawie odrębnych przepisów, zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PUP**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

1. Wartość wskaźników bazowych, o których mowa w rozdziale VII ust. 4 procedur realizacji „Program wyrównywania różnic między regionami III”:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PUP**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

1. Aktualny dokument potwierdzający status prawny projektodawcy, których dotyczy wniosek – np. akt powołania, statut:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PUP**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

1. Dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów adresatów programu - podmioty, które prowadzą placówki edukacyjne, środowiskowe domy samopomocy, urzędy, centra i kluby integracji społecznej lub przedsiębiorstwa społeczne w zakresie umożliwienia osobom niepełnosprawnym poruszania się i komunikowania :

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PUP**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B 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 na dzień sporządzenia Wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON.
5. **Oświadczam**, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wniosku zostały zweryfikowane pod względem formalnym i merytorycznym.

**Oświadczenia należy złożyć w dwóch egzemplarzach.**

**Uwaga!**

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuję o dofinansowanie projektu wymienionego w niniejszym wniosku

 , dnia r.

|  |  |
| --- | --- |
|   |  |
| pieczątka imienna |  |

podpis osoby upoważnionej do reprezentacji projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

**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.