



Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

Al. Mickiewicza 27, 28-100 Busko – Zdrój
Tel. / fax. /041/ 378 84 58, www.centrumbusko.pl
e-mail: centrum@centrumbusko.pl, pcprbusko@interia.pl
NIP 655-17-70-412 REGON 292380708

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach programu pn. „Program wyrównywania różnic między regionami II”

Wniosek należy złożyć do Centrum w terminie do 31 marca 2014 roku w wersji papierowej i elektronicznej.

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	Nr kierunkowy
-------	--------	-------------	---------------

Nr telefonu	Nr fax	adres http://www	e-mail
-------------	--------	---	--------

2. Osoby uprawnione do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

(pieczętka imienna)

(pieczętka imienna)

podpis.....

podpis.....

3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON

Czy Projektodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy Projektodawca 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 wnioskuzł	

4. Informacje o Projektodawcy

Zakres terytorialny działania Projektodawcy:	
REGON	Nr identyfikacyjny NIP
Nazwa banku	Nr rachunku bankowego
Czy Projektodawca jest podatnikiem VAT: tak: <input type="checkbox"/> nie: <input type="checkbox"/>	
podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT	
Projektodawca 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 Projektodawca korzystał 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	
		tak	nie
1.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Projektodawcy		
2.	Zaświadczenie z ZUS 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		
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 wniosku) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy		
4.	Wydane przez bank (banki) zaświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego (rachunków bankowych), wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku)		

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wniosku:

Pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR

data, podpis

Część 2 WNIOSKU: Informacje o projektach

1. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez Projektodawcę w ramach obszaru B programu:

Lp.	Nazwa projektu

2. Wykaz projektów zgłoszonych do realizacji przez Projektodawcę w ramach obszaru C programu:

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu

3. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez Projektodawcę w ramach obszaru D programu:

Lp.	Nazwa projektu

4. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez Projektodawcę w ramach obszaru F programu:

Lp.	Nazwa projektu

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

Lp.	Nazwa projektu

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

1. Opis projektu

Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):
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 ; wiejskiego ; miejsko-wiejskiego .

Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier oraz nazwa i adres jednostki organizacyjnej projektodawcy prowadzącej obiekt

.....
.....

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

.....

NIP*; REGON*; Nr identyfikacyjny PFRON*

*należy wypełnić jeżeli posiada

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 dzieci i młodzieży niepełnosprawnej uczęszczających do placówki edukacyjnej, której dotyczy projekt, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie, lub liczba osób niepełnosprawnych, które zostały poddane leczeniu w zakładzie opieki zdrowotnej, którego dotyczy projekt w ostatnim miesiącu roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie	niepełnosprawni ogółem	niepełnosprawni do 18 roku życia
	niepełnosprawni pełnoletni na wózkach	niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach
b) liczba placówek edukacyjnych, urzędów lub zakładów opieki zdrowotnej położonych na terenie powiatu, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie		
c) liczba placówek edukacyjnych, urzędów lub liczba zakładów opieki zdrowotnej położonych na terenie powiatu, kompleksowo dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie		
d) wysokość środków przeznaczonych w planie beneficjenta na likwidację barier architektonicznych w placówkach edukacyjnych, urzędach lub zakładach opieki zdrowotnej, na rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie		

5. Koszt realizacji projektu

A.	Łączny koszt realizacji projektu:zł słownie złotych:
B.	Własne środki 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 uzupełniające

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

7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2B Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku	
		tak	nie
1.	Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kosztorysami, wycenami i ofertami.		
2.	Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń oferty cenowe		
3.	Dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów.		
4.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu		
5.	Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów.		
6.	Zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów.		
7.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 5 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II”		

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wniosku:

Pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR

data, podpis

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

UWAGA!

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

1. Opis projektu

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

.....

Nazwa spółdzielni:.....

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

.....

NIP ;REGON; Nr identyfikacyjny PFRON

.....;

Czy spółdzielnia jest płatnikiem VAT tak nie

Podstawa prawna zwolnienia z podatku vat

Wnioskodawca 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, w którym adaptowane są pomieszczenia do potrzeb osób niepełnosprawnych i tworzone są stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych.....

.....

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

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 (j.t. Dz. U. z 2007 r. Nr 59 poz. 404 z późn. zm.) 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 Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku	
		tak	nie
1.	Wykaz robót adaptacyjnych pomieszczeń spółdzielni, ich opis i koszt wraz z kopiami kosztorysów, wycen i ofert		
2.	Wykaz urządzeń i sprzętu niezbędnego do adaptacji pomieszczeń spółdzielni wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych		
3.	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		
4.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 6 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II”		
5.	Dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów		
6.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu		
7.	Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów		

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2C Wniosku:

Pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR

data, podpis

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

UWAGA!

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

1. Opis projektu

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

.....
.....

Nazwa jednostki organizacyjnej projektodawcy, która będzie dysponować pojazdem

.....

Dokładny 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 ;

2. Uzasadnienie potrzeby zakupu pojazdu (pojazdów) do przewozu osób niepełnosprawnych

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

3. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

c) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, na rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie	
--	--

7. Koszt realizacji projektu

A.	Łączny koszt realizacji projektu:zł słownie złotych:
B.	Własne środki 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:

8. Informacje uzupełniające

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

9. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2D Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku	
		tak	nie
1.	Wykaz pojazdów, których zakupu lub przystosowania dotyczy projekt zawierający rodzaj pojazdu, markę 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 wraz z ofertami cenowymi		

2.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 7 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II”		
----	--	--	--

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wniosku:

Pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR

data, podpis

Część 2F WNIOSKU: 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 <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 ; wiejskiego ; miejsko-wiejskiego .

Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie warsztat terapii zajęciowej oraz nazwa i adres jednostki organizacyjnej projektodawcy prowadzącej obiekt

.....

.....

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

.....

.....

NIP, REGON, Nr identyfikacyjny PFRON

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 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, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie	

5. Koszt realizacji projektu

A.	Łączny koszt realizacji projektu:zł słownie złotych:
B.	Środki własne 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 uzupełniające

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

7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2F Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku	
		tak	Nie
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.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 9 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II”		

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wniosku:

Pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR

data, podpis

6. Informacje uzupełniające

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

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku	
		tak	nie
1.	Dokument potwierdzający wysokość środków algorytmu zabezpieczonych w planie finansowym powiatu na realizację zadań własnych dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych		
2.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 10 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II”		

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2G Wniosku:

Pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR

data, podpis

Oświadczam, że podane we Wniosku informacje są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego Wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji Pełnomocników PFRON przyznającej środki PFRON na podstawie niniejszego Wniosku.

Oświadczam, że znane są mi zapisy programu i procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II”.

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.

UWAGA! Podanie przez Projektodawcę informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

UWAGA! PFRON nie dofinansowuje kosztów związanych z przygotowaniem Wniosku.

..... dniar.	
..... <i>pieczętka imienna</i> <i>pieczętka imienna</i>
<i>podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych</i>	

UWAGA!

Do wniosku należy załączyć jego wersję elektroniczną zapisaną na dysku CD lub też przesłać na adres: centrum@centrumbusko.pl.