

###### Wniosek złożono w PCPR w Sokółce

###### w dniu:

Nr sprawy:

Nr sprawy: ***PCPR 8219/ASII-1/ /2017***

## WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach obszaru B, C, D, F „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

**Pouczenie:**

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

|  |
| --- |
| Część 1 WNIOSKU:  Dane i informacje o Wnioskodawcy |

**1. Nazwa i adres Wnioskodawcy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pełna nazwa: | | | |
|  |  |  |  |
| miejscowość | ulica | nr posesji | kod pocztowy |
|  |  |  |  |
| gmina | powiat | województwo | imię i nazwisko osoby do kontaktu |
|  |  |  |  |
| nr telefonu osoby  do kontaktu | adres http://www | | e-mail |

2. Osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczątka imienna)*  podpis ............................................................ | *(pieczątka imienna)*  podpis ............................................................ |

**3. Informacje o Wnioskodawcy**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Nr identyfikacyjny NIP | Nr identyfikacyjny PFRON |
| Czy Wnioskodawca jest podatnikiem VAT: tak nie  podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT: Art. 22 Ustawy o rehabilitacji z 1997r. z późn. zmianami | |
| Wnioskodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak nie  podstawa prawna: | |

**4. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa załącznika | **Załączono do wniosku** | | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PCPR)*** | |
| 1. | Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upełnomocnione  do reprezentowania Wnioskodawcy |  |  |  |  |
| 2. | Oświadczenie dotyczące Wnioskodawcy, których dotyczy wniosek o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników |  |  |  |  |
| 3. | Oświadczenie dotyczące Wnioskodawcy, których dotyczy wniosek o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR*

*data, podpis:*

|  |
| --- |
| Część 2 WNIOSKU:Informacje o projektach |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | Nazwa projektu |
|  |  |

2. Wykaz projektów zgłoszonych przez Wnioskodawcę w ramach obszaru C programu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | Nazwa i adres Projektodawcy | Nazwa projektu |
|  |  |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | Nazwa projektu |
|  |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | Nazwa projektu |
| 1. |  |

|  |
| --- |
| 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 Wnioskodawcy ………………………………………………………………………………..  Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) .....................................................  Imię i nazwisko osoby do kontaktu ………………………. Nr telefonu osoby do kontaktu ……..……… NIP .......................... Nr identyfikacyjny PFRON ........................... \*  \*należy wypełnić jeżeli posiada |
| Cel projektu: (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)  .............................................................................................................................................................................................................................................................................. Projekt dotyczy terenu: miejskiego wiejskiego miejsko-wiejskiego |
| Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: ………  W tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych ……….. |
| Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier oraz nazwa i adres jednostki prowadzącej obiekt ......................................................................................................... ....................................................................................................................................... Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ................................................................................................................... .......................................................................................................................................  NIP ..................... 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

|  |
| --- |
| Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu *(dzień, miesiąc, rok)*:…………………………….  Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:………………………………………………………. |

### 4. Wartość wskaźnika bazowego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | **niepełnosprawni ogółem** | **niepełnosprawni do 18 roku życia** |
|  |  |
| **niepełnosprawni pełnoletni  na wózkach** | **niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach** |
|  |  |

**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 *(środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje  – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON)*: .................................................. 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** | | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PCPR)*** | |
| 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. | 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,  kopia pozwolenia na budowę – jeśli pozwolenie jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów,  zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu  – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów,  dokument potwierdzający rok wybudowania i oddania do użytku budynku. |  |  |  |  |

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

*pieczątka 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 Wnioskodawcy realizującego projekt: ..................................................................  Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) .................................................................  Imię i nazwisko osoby do kontaktu …………… Nr telefonu osoby do kontaktu ……………  NIP ......................... Nr identyfikacyjny PFRON ..........................\*  \*należy wypełnić jeżeli posiada |
| Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych …………………………………………………………………………………………………………..  Nazwa Projektodawcy: …………………………………………………………………………….  Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) …………………………………………………………  NIP .........................\* Nr identyfikacyjny PFRON ..........................\*  \*należy wypełnić jeżeli posiada  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): ………………………………………..  .......................................................................................................................................  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: ……………………… |
| 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

|  |
| --- |
| Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu *(dzień, miesiąc, rok)*:…………………………….  Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:………………………………………………………. |

### 4. Wartość wskaźnika bazowego:

|  |  |
| --- | --- |
| wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta  na utworzenie spółdzielni socjalnej osób prawnych, w roku złożenia 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 *(środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje  – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON)*: .................................................. zł  słownie złotych: ...................................................................................................... |
| D. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .................................... zł  słownie złotych: ...................................................................................................... |

**6. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |

**7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2C Wniosku**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wystąpienia** | | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PCPR)*** | |
| 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, specyfikacja niezbędnego wyposażenia oraz koszt |  |  |  |  |
| 5. | Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu |  |  |  |  |
| 6. | Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów |  |  |  |  |
| 7. | Zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów |  |  |  |  |
| 8. | 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 Wniosku:***

*pieczątka 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 Wnioskodawcy realizującego projekt: ................................................................... Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy): .............................................................  Imię i nazwisko osoby do kontaktu ……………………Nr telefonu osoby do kontaktu ……………  NIP ......................... Nr identyfikacyjny PFRON ..........................\*  \*należy wypełnić jeżeli posiada |
| Cel projektu: (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):  .............................................................................................................................................................................................................................................................................. |
| Planowana liczba osób niepełnosprawnych których dotyczy projekt: ……….  W tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych ……….. |
| Nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem: ....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ....................................................................................................................................... .......................................................................................................................................  NIP ......................... Nr identyfikacyjny PFRON \* ........................  \*należy wypełnić jeżeli posiada |

2. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu

|  |
| --- |
| w przypadku obszernego opisu – w załączeniu  Nazwa placówki służącej rehabilitacji/ warsztatu terapii zajęciowej, która będzie korzystać z pojazdu: ….................................................................................................... ....................................................................................................................................... Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (dzień/ miesiąc/rok) ...............................................................  Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): .....................................................................................................................................  NIP.................... 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

|  |
| --- |
| Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu *(dzień, miesiąc, rok)*:…………………………….  Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:………………………………………………………. |

### 6. 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 | **Liczba mikrobusów** ......................................**,**  **w tym przystosowanych do przewozu  osób na wózkach** ..........................................  **Liczba autobusów** ........................................**,  w tym przystosowanych do przewozu osób  na wózkach** ................................................... | | |
| 1. 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 | **osoby niepełnosprawne** | | |
| **pełnoletnie** | **do 18 roku życia** | **łącznie** |
|  |  |  |
| **pełnoletnie  na wózkach** | **do18 roku życia  na wózkach** | **łącznie  na wózkach** |
|  |  |  |
| 1. wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wniosku  o dofinansowanie |  | | |
| 1. liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych/ warsztatów terapii zajęciowych, których uczestnikom beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia lub wniosku o dofinansowanie | **Placówki służące rehabilitacji** | | |
|  | | |
| **Warsztaty terapii zajęciowej** | | |
|  | | |

**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 *(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 uzupełniające**

|  |
| --- |
| ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wniosku** | | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PCPR)*** | |
| 1. | Wykaz pojazdów (wraz z ofertami cenowymi), 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 |  |  |  |  |

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

*pieczątka 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 Wniosku, **część 2F** Wniosku należy skopiować i wypełnić dla każdego projektu oddzielnie

1. **Przedmiot projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| Remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej |  |

**2. Opis projektu**

|  |
| --- |
| Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku): |
| Nazwa Wnioskodawcy realizującego projekt:  Adres  Imię Nazwisko osoby do kontaktu:…………..: NIP ……………….  Nr identyfikacyjny PFRON ........................... \*  O ile dotyczy\* |
| Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu): |
| Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: ……….  w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: …….. |
| Nazwa remontowanego lub modernizowanego WTZ:  Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ,  NIP …………….Nr identyfikacyjny PFRON\* ….....................  \*należy wypełnić jeżeli posiada |

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

|  |
| --- |
| (w przypadku remontu lub modernizacji warsztatu terapii zajęciowej należy opisać aktualny stan obiektu który ma być remontowany / modernizowany; w przypadku obszernego opisu – w załączeniu) |

4. Harmonogram realizacji projektu

|  |
| --- |
| Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok):  Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): |

### 5. Wartość wskaźników bazowych

|  |  |
| --- | --- |
| 1. liczba warsztatów terapii zajęciowej na terenie powiatu (według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie), w których zidentyfikowano ryzyko likwidacji miejsc dla osób niepełnosprawnych ze względu na degradację infrastruktury warsztatu\* |  |
| 1. wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na przeciwdziałanie degradacji infrastruktury istniejących warsztatów terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie\* |  |

**6. 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 (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje– z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): ……………………………………………………………zł  słownie złotych: …………………………………………………………………………………. |
| D. | Inne środki PFRON (np. przekazywane algorytmem) przeznaczone na realizację projektu: ...............................................................................................................zł  słownie złotych: ....................................................................................................... |
| E. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: ………………………….. zł  słownie złotych:………………………………………………………………………………. |

**7. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| (w przypadku remontu lub modernizacji warsztatu terapii zajęciowej należy wskazać datę oraz zakres ostatniej modernizacji / remontu)**.**  .............................................................................................................................................................................................................................................................................. |

**8. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2F Wniosku**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wniosku** | | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PCPR)*** | |
| 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 - w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizację warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji WTZ |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR*

*data, podpis:*

#### 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 PFRON 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.

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuję o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku

Miejscowość………………… data……………………

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

*pieczątka imienna pieczątka imienna*

*podpisy osób upoważnionych 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.*