

Wystąpienie złożono w _____ PFRON
w dniu _____

Nr sprawy:

(Wypełnia PFRON)

WYSTĄPIENIE
w sprawie uczestnictwa Projektodawcy w realizacji
„Programu wyrównywania różnic między regionami III”

Pouczenie:

W wystąpieniu należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”.

Część 1 WYSTĄPIENIA: 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: _____

2. Osoby uprawnione do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

(podpis i pieczęć imienna)

(podpis i pieczęć imienna)

3. Informacje o Projektodawcy

- 1) Numer identyfikacyjny NIP: _____
- 2) Numer identyfikacyjny PFRON: _____

4. Załączniki (dokumenty) wymagane do Wystąpienia

- 1) Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wystąpienie podpisane jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Jednostki samorządu:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia Jednostka samorządu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 2) Oświadczenie o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia Jednostka samorządu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 3) Oświadczenie o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia Jednostka samorządu
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wystąpienia:

pieczęć imienna, podpis pracownika **Jednostki samorządu** i data

Część 2 WYSTĄPIENIA: Informacje o projektach

1. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru B programu:

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa Projektu

2. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru C programu:

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa Projektu

3. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru D programu:

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa Projektu

4. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru F programu:

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa Projektu

Część 2B WYSTĄPIENIA: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru B programu

UWAGA!

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

1. Opis projektu

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

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): _____

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 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 wystąpienia lub 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: _____

5. 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: _____

6. 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);

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

- 1) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia Jednostka samorządu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 2) 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 Jednostka samorządu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 3) O ile dotyczy: kopia dokumentu potwierdzającego rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku: Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia Jednostka samorządu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wystąpienia:

pieczęć imienna, podpis pracownika Jednostki samorządu i data

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

UWAGA!

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

1. Opis projektu

- 1) Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wystąpienia): _____

- 2) Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych:

- 3) Nazwa Projektodawcy: _____
- 4) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy): _____

- 5) NIP: _____
- 6) Nr identyfikacyjny PFRON: _____
- 7) Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:
- 8) 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:
- 9) Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu): _____

- 10) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: _____
- 11) Nazwa zakładu spółdzielni socjalnej osób prawnych (której utworzenia dotyczy projekt), w którym adaptowane są pomieszczenia i tworzone stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych: _____

- 12) 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 wskaźników bazowych

Wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na utworzenie spółdzielni socjalnej osób prawnych, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie: _____

5. 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: _____

6. 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);

7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2C Wystąpienia

- 1) Porozumienie intencyjne w sprawie utworzenia spółdzielni socjalnej osób prawnych:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia Jednostka samorządu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 2) Wykaz robót adaptacyjnych dotyczących obiektu spółdzielni, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert: Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia Jednostka samorządu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 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:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia Jednostka samorządu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 4) Wykaz wyposażenia spółdzielni, specyfikację niezbędnego wyposażenia oraz koszt:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia Jednostka samorządu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 5) 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: Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia Jednostka samorządu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2C Wystąpienia:

pieczętka imienna, podpis pracownika Jednostki samorządu i data

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

UWAGA!

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

1. Opis projektu

- 1) Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wystąpienia): _____

- 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: _____
- 7) 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: _____
- 8) Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu): _____

- 9) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: _____ , w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: _____ .
- 10) Nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem: _____

- 11) Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): _____

- 12) NIP (należy wypełnić, jeżeli posiada): _____
- 13) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić, jeżeli posiada): _____ .

2. 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: _____

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

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Wystąpienie w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

- 4) NIP (należy wypełnić jeżeli posiada): _____
- 5) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić jeżeli posiada): _____
- 6) 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 wystąpienia o dofinansowanie:

a) Liczba mikrobusów: _____, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: _____;

b) Liczba autobusów: _____, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: _____.

- 2) 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 wystąpienia o dofinansowanie:

a) Osoby niepełnosprawne łącznie: _____, w tym osoby pełnoletnie: _____ i osoby do 18 roku życia: _____;

b) Osoby niepełnosprawne na wózkach łącznie: _____, w tym osoby pełnoletnie na wózkach: _____ i osoby do 18 roku życia na wózkach: _____

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Wystąpienie w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

- 3) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wystąpienia o dofinansowanie: _____
- 4) 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 wystąpienia o dofinansowanie:
 - a) Placówki służące rehabilitacji: _____
 - b) Warsztaty terapii zajęciowej: _____

7. 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: _____

8. Informacje dotyczące pomocy publicznej

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);

- 1) Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 2) Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 3) Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 4) Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe);

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

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 (windy, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia Jednostka samorządu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wystąpienia:

pieczęć imienna, podpis pracownika Jednostki samorządu i data

Część 2F WYSTĄPIENIA: 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. Przedmiot projektu

- 1) Utworzenie warsztatu terapii zajęciowej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 2) Remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej: Tak/Nie (wybierz właściwe).

2. Opis projektu

- 1) Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wystąpienia): _____

- 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: _____
- 7) 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: _____
- 8) Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu): _____

- 9) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: _____ , w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: _____
- 10) Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie WTZ / nazwa remontowanego lub modernizowanego WTZ: _____

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

- 12) NIP: _____
- 13) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić, jeżeli posiada): _____

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

(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 (dotyczy projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej): _____
- 2) Wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie: ____
- 3) Wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na przeciwdziałanie degradacji infrastruktury istniejących warsztatów terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie (dotyczy projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej): _____

6. 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, przyręczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): _____ zł, słownie złotych: _____
- 4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: _____ zł, słownie złotych: _____

7. 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);

8. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2F Wystąpienia

- 1) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert – przypadku projektów których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji tworzonego lub istniejącego WTZ:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia Jednostka samorządu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 2) Wykaz wyposażenia, urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz kopie ofert cenowych:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia Jednostka samorządu

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wystąpienia:

pieczętka imienna, podpis pracownika Jednostki samorządu i data

Oświadczenia Projektodawcy

1. **Oświadczam**, że podane w Wystąpieniu 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 Wystąpienia wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wystąpienia.
4. **Oświadczam**, że na dzień sporządzenia Wystąpienia 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 Wystąpienia zostały zweryfikowane pod względem formalnym i merytorycznym.

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wystąpienie z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuje o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wystąpieniu

_____, dnia _____ r.

(pieczęćka imienna)

(pieczęćka imienna)

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

Pouczenie:

W Wystąpieniu należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”.

W przypadku, gdy w formularzu Wystąpienia 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.