Załącznik nr 5 do procedur

Wniosek złożono w ..... PFRON w dniu .....

Nr sprawy:

Wypełnia PFRON

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach obszaru B, C, D, F i G „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 Nazwisko osoby do kontaktu
Nr telefonu osoby do kontaktu	adres http://www		e-mail

2. Osoby uprawnione do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

(pieczątka imienna) podpis	*(pieczątka imienna)* podpis .....

3. Informacje o Projektodawcy

Nr identyfikacyjny NIP	Numer identyfikacyjny PFRON
Czy Jednostka samorządu 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:	

4. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	*(wypełnia PFRON)*	
1.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania Projektodawcy				
2.	Oświadczenie Projektodawcy, którego dotyczy wniosek o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników				
3.	Oświadczenie Projektodawcy, którego 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 PFRON

data, podpis:

Część 2 WNIOSKU:
Informacje o projektach

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

L.p.	Nazwa projektu

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

L.p.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu

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

L.p.	Nazwa projektu

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

L.p.	Nazwa projektu

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

L.p.	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 realizującej projekt

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

Imię Nazwisko osoby do kontaktu ..... Nr telefonu 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 obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier oraz nazwa i adres jednostki organizacyjnej 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

a) 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 samorządu powiatowego lub 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 PFRON)*	
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: a) dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów, b) rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego i projektowanego do wykonania, c) dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu, d) kopia pozwolenia na budowę – jeśli pozwolenie jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów, e) zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów, f) dokument potwierdzający rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku.				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wniosku:

pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON

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 Wystąpienia):

.....

.....

Nazwa Jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego realizującej projekt

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

Imię Nazwisko osoby do kontaktu ..... Nr telefonu osoby do kontaktu .....

NIP ..... Nr identyfikacyjny PFRON ..... *

O ile dotyczy*

Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych

.....

.....

Nazwa Projektodawcy: .....

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

NIP .....* Nr identyfikacyjny PFRON .....*

O ile dotyczy*

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 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

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 PFRON)*	
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, specyfikację 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 PFRON
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 Projektodawcy realizującej projekt
Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) .....
Imię Nazwisko osoby do kontaktu ..... Nr telefonu 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 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

<table>
<tr><td>a) 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 jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie</td><td>Liczba mikrobusów .....,
w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach .....
Liczba autobusów .....,
w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach .....</td></tr>
<tr><td>b) 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 jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie</td><td>
<table>
<tr><th colspan="3">osoby niepełnosprawne</th></tr>
<tr><th>pełnoletnie</th><th>do 18 roku życia</th><th>łącznie</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><th>pełnoletnie na wózkach</th><th>do18 roku życia na wózkach</th><th>łącznie na wózkach</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>f) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie</td><td></td></tr>
<tr><td>g) liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych / warsztatów terapii zajęciowej, których uczestnikom beneficjent zapewnia stały codzienny</td><td>Placówki służące rehabilitacji</td></tr>
</table>

przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie	**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 PFRON)*	
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 informacja 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 PFRON

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

Utworzenie warsztatu terapii zajęciowej	ÿ
Remont lub modernizację warsztatu terapii zajęciowej	ÿ

2. Opis projektu

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

Nazwa Jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego realizującej projekt

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

Imię Nazwisko osoby do kontaktu ..... Nr telefonu 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 obiektu, w którym organizowany będzie WTZ / 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

a) 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*	
b) wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie	
c) 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

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 PFRON)*	
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 PFRON

data, podpis:

Część 2G WNIOSKU:

Informacje o projekcie planowanym do realizacji w ramach obszaru G programu

1. Opis projektu

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

.....

.....

Nazwa Jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego realizującej obszar G

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

Imię Nazwisko osoby do kontaktu ..... Nr telefonu osoby do kontaktu .....

NIP ..... Nr identyfikacyjny PFRON ..... *

O ile dotyczy*

Cel

projektu: ....

.....

Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: …
Uzasadnienie potrzeby skierowania do powiatu dodatkowych środków na zadania dotyczące aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych zawierające informację o planowanym sposobie ich wydatkowania (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu) …… …… ……

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 zarejestrowanych jako bezrobotne lub poszukujące pracy na terenie powiatu, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia przez samorząd powiatowy wniosku o dofinansowanie	
wysokość środków zaplanowanych przez powiat na zadania dotyczące aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych, na rok złożenia wniosku o dofinansowanie	

5. Koszt realizacji projektu

A.	Środki PFRON przekazywane algorytmem zabezpieczone w planie finansowym powiatu na realizację zadań dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w roku realizacji projektu …… zł słownie złotych ……

B.	Wnioskowana kwota ze środków PFRON: ..... zł słownie złotych: .....
C.	Wnioskowana kwota na obsługę (2,5% od kwoty z pozycji B): ..... zł słownie złotych: .....

6. Informacje uzupełniające

.....

.....

.....

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	*(wypełnia PFRON)*	
1.	Dokument potwierdzający wysokość środków algorytmu zabezpieczonych w planie finansowym powiatu na realizację zadań własnych dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2G Wniosku:

pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

Oświadczenia Projektodawcy

Oświadczam, że podane we Wn

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

..... dnia ..... r.
....
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.*