Wniosek złożono w PCPR w Leżajsku  
w dniu

Nr sprawy:

(Wypełnia PCPR)

# Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach obszaru D „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

**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.

## Część 1 Wniosku: Dane i informacje o Projektodawcy

### 1. Nazwa i adres Projektodawcy

Pełna nazwa:

Miejscowość:

Ulica:

Nr posesji:

Kod pocztowy:

Gmina:

Powiat:

Województwo:

Imię i nazwisko osoby do kontaktu:

Numer telefonu osoby do kontaktu:

Adres www:

e-mail:

adres skrzynki ePUAP:

Numer identyfikacyjny NIP:

Numer identyfikacyjny REGON:

Numer KRS

Numer identyfikacyjny PFRON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 2. Osoby uprawnione do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis i pieczątka imienna) (podpis i pieczątka imienna)

### 3. Opis projektu

1) Nazwa projektu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 4. 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): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. NIP (należy wypełnić jeżeli posiada):
5. Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić jeżeli posiada):
6. Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu:

**5. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych**

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

**7. Harmonogram realizacji projektu**

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

**8. 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:
2. Liczba mikrobusów: , w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: ;
3. Liczba autobusów: , w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: .
4. 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:
5. Osoby niepełnosprawne łącznie: , w tym osoby pełnoletnie:   
   i osoby do 18 roku życia: ;
6. Osoby niepełnosprawne na wózkach łącznie: , w tym osoby pełnoletnie na wózkach: i osoby do 18 roku życia na wózkach:
7. wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wniosku o dofinansowanie:
8. 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 wniosku o dofinansowanie:
9. Placówki służące rehabilitacji:
10. Warsztaty terapii zajęciowej:

**9. 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:

**10. Informacja o VAT**

Wnioskodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: Tak/Nie (wybrać odpowiednio). Podstawa prawna:

**11. Informacje uzupełniające**

**12. Załączniki (dokumenty) wymagane do Wniosku**

1) 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 informacja o dodatkowym wyposażeniu (winda, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu:  
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PCPR**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Aktualny dokument potwierdzający status prawny projektodawcy:  
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PCPR**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

3) Pełnomocnictwo w przypadku, gdy Wniosek podpisany jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania Projektodawcy:   
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PCPR**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

4) Oświadczenie o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników:  
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PCPR**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

5) Oświadczenie o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PCPR**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

6) Oświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PCPR**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów do Wniosku:

podpis pracownika PCPR i data

**Oświadczenia Projektodawcy**

1. **Oświadczam**, że podane we Wniosku informacje są zgodne z prawdą.
2. **Oświadczam**, że znane są mi zapisy programu i procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”.
3. **Oświadczam**, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego Wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wniosku.
4. **Oświadczam**, że 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 i data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis i pieczątka imienna) (podpis i pieczątka imienna)

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych