w dniu

Nr sprawy:

(Wypełnia PCPR)

# Wnioseko dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach obszaru G „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 (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):
2. Nazwa Jednostki samorządu powiatowego realizującej obszar G:
3. Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy):
4. NIP: ;
5. Nr identyfikacyjny PFRON: ;
6. Imię, nazwisko i numer telefonu osoby do kontaktu:
7. Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):
8. Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ .
9. 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)

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

### 7. Koszt realizacji projektu

1. Środki PFRON przekazywane algorytmem zabezpieczone w planie finansowym powiatu na realizację zadań dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w roku realizacji projektu: zł, słownie złotych:
2. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: zł, słownie złotych:
3. Wnioskowana kwota na obsługę (2,5% od kwoty w pkt 2): zł, słownie złotych:

### 8. Informacje uzupełniające

### 9. Załączniki (dokumenty) wymagane do Wniosku

1) Dokument potwierdzający wysokość środków algorytmu zabezpieczonych w planie finansowym powiatu na realizację zadań własnych dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

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

2) 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:

3) 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:

4) 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:

5) 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