

# 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”.

**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

(pieczęćka imienna)	(pieczęćka imienna)
podpis .....	podpis .....

### 3. Informacje o Projektodawcy

Nr identyfikacyjny NIP		Numer REGON	
Nazwa banku		Nr rachunku bankowego	
Czy Projektodawca jest podatnikiem VAT:		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>			
podstawa prawna: .....			

### 4. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON (za okres ostatnich 3 lat)

Czy Projektodawca korzystał ze środków PFRON		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	
Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

### 5. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie		
1.	Dokumenty potwierdzające status prawny projektodawcy				
2.	Dokumenty potwierdzające działania projektodawcy na rzecz osób niepełnosprawnych				
3.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Projektodawcy				
4.	Zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku)				

5.	Dokumenty z Urzędu Skarbowego: decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku)				
6.	Oświadczenie o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON				
7.	Oświadczenie o nieposiadaniu zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON				
8.	Zaświadczenie wydane przez bank (banki) o posiadaniu rachunku bankowego (rachunków bankowych), wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku)				
9.	Zaświadczenia o otrzymanej pomocy de minimis za okres obejmujący trzy lata poprzedzające dzień złożenia wniosku lub oświadczenie o nie otrzymaniu takiej pomocy				
10.	Kwota i przeznaczenie innej pomocy w zakresie tych samych kosztów kwalifikowalnych, których dotyczy składany wniosek za okres obejmujący trzy lata poprzedzające dzień złożenia wniosku lub oświadczenie o nie otrzymaniu takiej pomocy				
11.	W przypadku otrzymania pomocy de minimis lub innej pomocy w zakresie tych samych kosztów kwalifikowalnych, oświadczenie, że otrzymanie aktualnie wnioskowanej pomocy de minimis nie spowoduje przekroczenia maksymalnej intensywności określonej dla innego rodzaju pomocy w zakresie tych samych kosztów kwalifikowalnych				
12.	Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis				
13.	Klauzula informacyjna na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych				
14.	Projekt				

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

*pieczętka imienna, podpis pracownika MOPR*

*data, podpis:*

**Część 2 WNIOSKU:****Informacje o projektach****1. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez Projektodawcę w ramach obszaru D programu:**

L.p.	Nazwa projektu

**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

W ramach obszaru D dofinansowaniem objęty jest zakup lub przystosowanie pojazdów, o których mowa w Zasadach dotyczących wyboru, dofinansowania i rozliczania projektów dotyczących obszarów B,C,D,F i G programu – rozdział IV.

## 1. Opis projektu

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

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 jednostki, która będzie dysponować pojazdem:

10) Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):

11) NIP: .....

12) 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):

.....

4) NIP.....;Nr identyfikacyjny PFRON .....

5) 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

<p>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</p>	<p>Liczba mikrobusów ....., w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach .....</p> <p>Liczba autobusów ....., w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach .....</p>		
<p>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</p>	<b>osoby niepełnosprawne</b>		
	<b>pełnoletnie</b>	<b>do 18 roku życia</b>	<b>łącznie</b>
	<b>pełnoletnie na wózkach</b>	<b>do 18 roku życia na wózkach</b>	<b>łącznie na wózkach</b>
<p>c) 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</p>			
<p>d) liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych / warsztatów terapii zajęciowej, których uczestnikom beneficjent zapewnia stały codzienny</p>	<b>Placówki służące rehabilitacji</b>		

przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie	<b>Warsztaty terapii zajęciowej</b>

## 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. 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: .....

## 9. Informacje uzupełniające

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## 10. Informacje dotyczące pomocy publicznej

1. Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 702 z późn. zm.):

tak  nie

2. Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: tak  nie

3. Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: tak  nie

4. Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: tak  nie

5. Planowana pomoc jest pomocą *de minimis*: tak  nie

## 11. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2D Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia MOPR)</i>	
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 informacją o dodatkowym wyposażeniu (windy, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu – załącznik nr 1				
2.	Oferty cenowe zakupu lub przystosowania pojazdu				

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

*pieczęćka imienna, podpis pracownika MOPR*

*data, podpis:*

## **Oświadczenia Projektodawcy**

**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.

Wniosuję o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku	
..... miejsowość	..... dnia ..... data
..... <i>pieczętka imienna</i>	..... <i>pieczętka imienna</i>
<i>podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych</i>	

### **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.

## Wykaz pojazdów, których zakupu lub przystosowania dotyczy projekt pn.

<b>Rodzaj pojazdu</b> <b>zgodnie z rozdziałem IV</b> <i>„Zasad dotyczących wyboru, dofinansowania i rozliczenia projektów dotyczących obszarów B, C, D, F i G programu”</i>				
<b>Cechy pojazdu</b>	<b>Samochód osobowy, zwany „mikrobusem”,</b> który w wersji standardowej jest samochodem 9-cio miejscowym, specjalnie przystosowanym do przewozu osób na wózkach inwalidzkich	<b>Samochód osobowy, zwany „mikrobusem”,</b> który w wersji standardowej jest samochodem 9-cio miejscowym	<b>Autobus</b> 10-cio i więcej miejscowy, niskopodłogowy lub wyposażony następnie w windę, podjazd albo inne urządzenia dostosowujące pojazd do przewozu osób niepełnosprawnych	<b>Przystosowanie</b> posiadanego przez projektodawcę pojazdu do potrzeb osób niepełnosprawnych (zakup i montaż windy, podjazdu lub innego urządzenia dostosowującego pojazd do przewozu osób niepełnosprawnych)
<b>Marka i model pojazdu</b>				
<b>Ilość miejsc do przewozu osób niepełnosprawnych</b>				
<b>Ilość miejsc przystosowanych do kotwiczenia wózków inwalidzkich</b>				
<b>Dodatkowe wyposażenie (windy, najazdy)</b>				
<b>Koszt całkowity zakupu</b>				
<b>Koszt przystosowania pojazdu</b>				

.....  
pieczęć i podpis osoby upoważnionej  
do składania oświadczeń woli w imieniu Projektodawcy