Nr sprawy:

**Samorząd Powiatowy – Miasto Kielce**

**Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Kielcach**

**ul. Studzienna 2, 25-544 Kielce**

*Wypełnia MOPR*

## WNIOSEK

## o dofinansowanie ze środków PFRON projektów

## w ramach obszaru C „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 REGON |
|  |  |
| Nazwa banku | Nr rachunku bankowego |
| Czy Projektodawca 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. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON (za okres ostatnich 3 lat)**

|  |
| --- |
| Czy Projektodawca korzystał ze środków PFRON tak nie  |
| 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** | ***(wypełnia MOPR)*** |
| 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 upełnomocnione 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 zaległościw 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 minimisw roku złożenia wniosku, wg stanu na dzień złożenia wniosku wraz z dwoma poprzednimi latami bilansowymi lub oświadczenie o nie otrzymaniu takiej pomocy |  |  |  |  |
| 10. | Kwota i przeznaczenie innej pomocy w zakresie tych samych kosztów kwalifikowalnych, których dotyczy składany wniosek w roku złożenia wniosku wg stanu na dzień poprzedzający złożenie wniosku wrazz dwoma poprzednimi latami bilansowymi 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. | Oświadczenie o spełnieniu warunku określonegow artykule 1 ust. 1 rozporządzenia Komisji (WE) 1998/2006 z 15 grudnia 2006 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu do pomocy de minimis |  |  |  |  |
| 13. | Oświadczenie o prowadzeniu działalności w sektorze transportu, jeżeli taki przypadek ma miejsce |  |  |  |  |
| 14. | Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis |  |  |  |  |
| 15. | 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 |  |  |  |  |
| 16. | Projekt |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika MOPR*

 *data, podpis:*

|  |
| --- |
| Część 2 WNIOSKU: Informacje o projektach |

1. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez Projektodawcę w ramach obszaru C programu:

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | Nazwa projektu |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| 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.

Katalog rzeczowy urządzeń, materiałów budowlanych, robót lub innych czynności adaptacyjnych spółdzielni socjalnej, jakie mogą być objęte dofinansowaniem w ramach obszaru C wymieniony jest w Zasadach dotyczących wyboru, dofinansowania i rozliczania projektów dotyczących obszarów B,C,D,F i G programu – rozdział III, ust. 1.

Zakres kosztów objętych dofinansowaniem w ramach obszaru C dotyczący wyposażenia miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych w spółdzielni socjalnej wypłoniony jest w Zasadach dotyczących wyboru, dofinansowania i rozliczania projektów dotyczących obszarów B,C,D,F i G programu – rozdział III, ust. 5.

**1. Opis projektu**

|  |
| --- |
| Nazwa projektu:....................................................................................................................................... .......................................................................................................................................  |
| 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:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 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: ........................................................................... złsłownie złotych: ....................................................................................................... |
| B. | Własne środki przeznaczone na realizację projektu: ............................................. złsłownie złotych: ...................................................................................................... |
| C. | Inne źródła finansowania ogółem *(środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON)*: .................................................. złsłownie złotych: ......................................................................................................  |
| D. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .................................... złsłownie złotych: ......................................................................................................  |

**6. Informacje dotyczące pomocy publicznej**

|  |
| --- |
| Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 743 z późn. zm.) tak nie ;Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą tak nie ;Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej tak nie ;Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE tak nie ;Planowana pomoc jest pomocą *de minimis* tak nie  |

**7. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| .............................................................................................................................................................................................................................................................................. |

**8. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2C Wniosku**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wystąpienia** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia MOPR)*** |
| 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 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.

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.*