

Wniosek złożono w PCPR w Wejherowie  
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 Wnioskodawcy**

**1. Nazwa i adres Wnioskodawcy**

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 Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych:

Imię, nazwisko, funkcja: \_\_\_\_\_

Imię, nazwisko, funkcja: \_\_\_\_\_

## 3. Załączniki (dokumenty) wymagane do Wniosku

- 1) Pełnomocnictwo w przypadku, gdy Wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

### Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

- 2) Oświadczenie dotyczące Wnioskodawcy o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

### Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

- 3) Oświadczenie dotyczące Wnioskodawcy o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

### Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wniosku:

\_\_\_\_\_  
podpis pracownika PCPR i data

## **Część 2 Wniosku: Informacje o projektach**

### **1. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez samorząd powiatowy w ramach obszaru D programu (część 2D Wniosku):**

| Lp. | 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

### **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: \_\_\_\_\_;

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

## **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 (należy wypełnić jeżeli posiada): \_\_\_\_\_

5) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić jeżeli posiada): \_\_\_\_\_

6) 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

- 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 wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie:
  - a) Liczba mikrobusów: \_\_\_\_\_, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: \_\_\_\_\_;
  - b) Liczba autobusów: \_\_\_\_\_, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: \_\_\_\_\_.
- 2) 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:
  - a) Osoby niepełnosprawne łącznie: \_\_\_\_\_, w tym osoby pełnoletnie: \_\_\_\_\_  
i osoby do 18 roku życia: \_\_\_\_\_;
  - b) Osoby niepełnosprawne na wózkach łącznie: \_\_\_\_\_, w tym osoby pełnoletnie na wózkach: \_\_\_\_\_ i osoby do 18 roku życia na wózkach: \_\_\_\_\_
- 3) 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:

---
- 4) 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 wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie:
  - a) Placówki służące rehabilitacji: \_\_\_\_\_
  - b) Warsztaty terapii zajęciowej: \_\_\_\_\_

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

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:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

### Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wniosku:

\_\_\_\_\_  
podpis pracownika PCPR i data

## Oświadczenia Wnioskodawcy

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.

Wnioskuje o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym Wniosku.

---

(miejscowość i data)

---

Podpis

---

Podpis

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych