

PROJEKT

w ramach programu „Wyrównywanie Różnic Między Regionami III”

obszar F - tworzenie warsztatów terapii zajęciowej oraz przeciwdziałanie degradacji infrastruktury istniejących warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowych domów samopomocy lub zakładów aktywności zawodowej

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 identyfikacyjny PFRON
Czy Projektodawca jest podatnikiem VAT: tak ☐ nie ☐	
podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT	
.....	

Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak ☐ nie ☐

podstawa prawna:

.....

4. Przedmiot projektu

Utworzenie warsztatu terapii zajęciowej	☐
Remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej	☐

5. Opis projektu

Nazwa projektu:

.....

.....

.....

Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projektu

w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych:

Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie WTZ/ nazwa remontowanego lub modernizowanego WTZ, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej ze względu na degradację infrastruktury:

Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):

NIP Nr identyfikacyjny PFRON*

*należy wypełnić, jeżeli posiada

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

(w przypadku remontu lub modernizacji warsztatu terapii zajęciowej, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej należy opisać aktualny stan obiektu, który ma być remontowany/modernizowany; w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

7. Harmonogram realizacji projektu

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok):
(sugerowana data z II półrocza)
Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

8. Wartość wskaźników bazowych

a) liczba warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowych domów samopomocy i zakładów aktywności zawodowej na terenie powiatu (według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia projektu), w których zidentyfikowano ryzyko likwidacji miejsc dla osób niepełnosprawnych ze względu na degradację infrastruktury warsztatu*	
b) wysokość środków przeznaczonych w planie projektodawcy na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok złożenia projektu	

c) wysokość środków przeznaczonych w planie projektodawcy na przeciwdziałanie degradacji infrastruktury istniejących warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowych domów samopomocy i zakładów aktywności zawodowej na rok złożenia projektu*	
---	--

* dotyczy projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej.

9. Koszt realizacji projektu

A.	Łączny koszt realizacji projektu: zł słownie złotych:
B.	Własne środki przeznaczone na realizację projektu: zł słownie złotych:
C.	Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyręczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): zł słownie złotych:
D.	Inne środki PFRON (np. przekazywane algorytmem) przeznaczone na realizację projektu: zł słownie złotych:
E.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: zł słownie złotych:

9. 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:

.....
.....

10. Informacje uzupełniające

.....
.....
.....
.....
.....
.....

10. Informacje dotyczące pomocy publicznej

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej	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 <i>de minimis</i>	tak ☐	nie ☐

Uwaga:

W przypadku projektodawców prowadzących działalność gospodarczą ubiegających się o pomoc *de minimis* zobowiązani są oni do przedstawienia, wraz z projektem o przyznanie środków finansowych na jego realizację, dokumentów określonych w Załączniku nr 1 do procedur tj.: „Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania projektów dotyczących obszarów B ,C ,D, F i G programu” rozdział I zasady ogólne, ust.5 pkt 1- 4.

12. Załączniki (dokumenty) wymagane do części F Projektu

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	(wypełnia PCPR)	
1.	Dokumenty wymienione w § 3 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 roku w sprawie warsztatów terapii zajęciowej – w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji WTZ				
2.	Dokument potwierdzający uprawnienia projektodawcy do zaciągania zobowiązań finansowych (pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Projektodawcy)				
3.	Aktualny dokument potwierdzający status prawny projektodawcy				
4.	Oświadczenie dotyczące projektodawcy i jednostek organizacyjnych, których dotyczy wniosek o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników				
5.	Oświadczenie dotyczące projektodawcy i jednostek organizacyjnych, których dotyczy wniosek o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków				
6.	Oświadczenie dotyczące zabezpieczenia wkładu własnego				
7.	Oświadczenie o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON				
8.	Informacji o otrzymanej pomocy <i>de minimis</i> [zł] i [EUR] w roku złożenia wniosku, wg stanu na dzień poprzedzający złożenie projektu wraz z dwoma poprzednimi latami bilansowymi lub oświadczenia o nie otrzymaniu takiej pomocy;				

PROGRAM WYRÓWNYWANIA RÓŻNIC MIĘDZY REGIONAMI III

9.	Opinia wystawiona przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane o jakich mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1-2 ustawy Prawo budowlane o spełnieniu warunków: -projekt musi uwzględniać uniwersalne projektowanie lub racjonalne usprawnienie, o których mowa w art. 2 Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych - zakres prac w ramach projektu musi być zgodny ze Standardami dostępności dla polityki spójności 2021-2027				
----	---	--	--	--	--

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:

<i>pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR</i> <i>data, podpis:</i>
--

Oświadczenia Projektodawcy

Oświadczam, że podane w Projekcie 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 projektu wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wniosku.

Oświadczam, że dokumenty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego projektu zostały zweryfikowane pod względem formalnym i merytorycznym.

Uwaga!

1. Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Projekt z dalszego rozpatrywania.
2. Nie mogą być dofinansowane koszty związane z przygotowaniem niniejszego projektu.
3. Do obowiązków projektodawcy należy uzyskanie uzgodnień, opinii i pozwoleń wymaganych przepisami szczególnymi oraz pozwolenia na budowę, a także zapewnienie nadzoru inwestorskiego - w koniecznych przypadkach. Koszty opracowania projektu budowlanego i kosztorysu oraz uzyskania pozwolenia, zapewnienia nadzoru inwestorskiego, uzyskania niezbędnych uzgodnień i opinii pokrywa projektodawca.

Wnioskuje o dofinansowanie w/w projektu dnia r.	
..... <i>pieczętka imienna</i>	 <i>pieczętka imienna</i>
<i>podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych</i>	

Pouczenie:

W Projekcie należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”.

W przypadku, gdy w formularzu 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.

Załącznik – dotyczy obszaru F
(wykaz sprzętu i urządzeń, którego dotyczy projekt):

Projektodawca (beneficjent)
 (nazwa)

.....
 (dokładny adres)

Nazwa obiektu, którego dotyczy projekt:

.....
 (dokładna lokalizacja obiektu)

Specyfikacja niezbędnego sprzętu i urządzeń*:

LP.	Nazwa sprzętu /urządzeń	Przeznaczenie Sprzętu/urządzeń	Ilość sztuk	Cena jednostkowa netto	VAT	Cena jednostkowa brutto	Wartość
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
RAZEM:							

.....
 (data, pieczętka i podpis osób uprawnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych)

* należy wypełnić oddzielnie dla każdego obiektu

Załącznik – dotyczy obszaru F
(wykaz robót budowlanych, których dotyczy projekt):

Projektodawca (beneficjent)

(nazwa)

(dokładny adres)

Nazwa obiektu, którego dotyczy projekt:

(dokładna lokalizacja obiektu)

Specyfikacja robót budowlanych*:

Lp.	Opis robót/rodzaj robót wraz z informacją ilu i jakich pomieszczeń dotyczą	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
RAZEM:				

.....
 (data, pieczęć i podpis osób uprawnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych)

* należy wypełnić oddzielnie dla każdego obiektu

OŚWIADCZENIE

(dotyczy projektów z obszaru B, C, D, E, F programu)

Nazwa projektu*:

.....

Nazwa projektodawcy:

.....

Oświadczamy, że powyższy projekt wykonywany będzie przez organizację pozarządową zdefiniowaną w „Programie wyrównywania różnic między regionami III” jako: **organizacja pozarządowa** lub podmiot****, o których mowa w art. 3 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, prowadzącą przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku działalność na rzecz osób niepełnosprawnych. Jednocześnie oświadczamy, iż jest nam wiadomym, że zgodnie z zapisami artykułu 3 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie:

art. 3 ust. 2. Organizacjami pozarządowymi są:

- 1) niebędące jednostkami sektora finansów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych lub przedsiębiorstwami, instytucjami badawczymi, bankami i spółkami prawa handlowego będącymi państwowymi lub samorządowymi osobami prawnymi,
- 2) niedziałające w celu osiągnięcia zysku:
 - osoby prawne lub jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, którym odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną, w tym fundacje i stowarzyszenia, z zastrzeżeniem ust. 4.

art. 3 ust. 3. Działalność pożytku publicznego może być prowadzona także przez:

- 1) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, jeżeli ich cele statutowe obejmują prowadzenie działalności pożytku publicznego;
- 2) stowarzyszenia jednostek samorządu terytorialnego;
- 3) spółdzielnie socjalne;
- 4) spółki akcyjne i spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz kluby sportowe będące spółkami działającymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz. U. z 2023 r. poz. 2048 oraz z 2024 r. poz. 1166), które nie działają w celu osiągnięcia zysku oraz przeznaczają całość dochodu na realizację celów statutowych oraz nie przeznaczają zysku do podziału między swoich udziałowców, akcjonariuszy i pracowników.

.....
(data)

.....
(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji jednostki samorządu terytorialnego i zaciągania zobowiązań finansowych)

* - należy wypełnić dla każdego projektu oddzielnie

** - niepotrzebne skreślić

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że:

.....
.....

(pełna nazwa i adres projektodawcy)

- jest/ nie jest* zobowiązany do wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- posiada/ nie posiada* wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu,
- zalega/ nie zalega* z wpłatami na rzecz PFRON,
- jest/ nie jest* zwolniony z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

.....
.....

(podstawa prawna zwolnienia z wpłat na PFRON)

- posiada / nie posiada* wymagalnych zobowiązań i zaległości wobec innych organów i instytucji wykonujących zadania z zakresu administracji publicznej.

.....

(data)

(podpisy osób upoważnionych do reprezentowania projektodawcy i
zaciągania zobowiązań finansowych)

* niepotrzebne skreślić

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że:

.....
.....

**(pełna nazwa i adres beneficjenta ostatecznego – jednostki organizacyjnej
projektodawcy)**

- jest/ nie jest* zobowiązany do wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- posiada/ nie posiada* wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu,
- zalega/ nie zalega* z wpłatami na rzecz PFRON,
- jest/ nie jest* zwolniony z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

.....
.....

(podstawa prawna zwolnienia z wpłat na PFRON)

- posiada / nie posiada* wymagalnych zobowiązań i zaległości wobec innych organów i instytucji wykonujących zadania z zakresu administracji publicznej.

.....

(data)

.....

(podpisy osób upoważnionych do reprezentowania projektodawcy i
zaciągania zobowiązań finansowych)

* niepotrzebne skreślić

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że:

.....
.....

(pełna nazwa i adres beneficjenta ostatecznego)

- jest/ nie jest* zobowiązany do wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- zalega/ nie zalega* z wpłatami na rzecz PFRON,
- posiada/ nie posiada* wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu,
- zalega / nie zalega* ze składkami na ubezpieczenie społeczne zatrudnionych pracowników,
- jest/ nie jest* zwolniony z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

.....

(podstawa prawna zwolnienia z wpłat na PFRON)

- zalega / nie zalega* z podatkami lub posiada decyzję o zwolnieniu z podatków*
- zalega / nie zalega* ze składkami na ubezpieczenie społeczne zatrudnionych pracowników*

.....

(data)

(podpisy osób upoważnionych do reprezentowania projektodawcy i
zaciągania zobowiązań finansowych)

* niepotrzebne skreślić

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że:

.....
.....

(pełna nazwa i adres projektodawcy)

jest / nie jest* podatnikiem podatku od towarów i usług VAT.

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT

.....

Oświadczam, że będąc podatnikiem podatku VAT w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie mogę obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony, ze względu na wyłączenie możliwości odliczenia podatku naliczonego. Podstawa prawna:

.....

.....

(data)

.....

(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji projektodawcy i
zaciągania zobowiązań finansowych)

* niepotrzebne skreślić