Załącznik nr 4 do procedur

Wystąpienie złożono w PCPR Radom

w dniu...................................................

Nr sprawy:

*Wypełnia PCPR*

## WYSTĄPIENIE

## o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach obszaru F – tworzenie wtz oraz przeciwdziałanie degradacji infrastruktury istniejących wtz „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

**Pouczenie:**

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

|  |
| --- |
| Część 1 WYSTĄPIENIA: Dane i informacje o Podmiocie |

**1. Nazwa i adres Podmiotu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 i  zaciągania zobowiązań finansowych

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczątka imienna)*  podpis............................................................. | *(pieczątka imienna)*  podpis............................................................. |

**3. Informacje o Podmiocie**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Nr identyfikacyjny NIP | Numer identyfikacyjny PFRON |
| Czy Jednostka samorządu 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. Załączniki (dokumenty) wymagane do Wystąpienia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa załącznika | Załączono | | Uzupełniono tak/nie | Data uzupełnienia |
| tak | nie | *(wypełnia PCPR)* | |
| 1. | Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wystąpienie podpisane jest przez osoby upełnomocnione  do reprezentowania podmiotu |  |  |  |  |
| 2. | Oświadczenie o niezaleganiu ze składkami  na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników |  |  |  |  |
| 3. | Oświadczenie o niezaleganiu z podatkami  lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR*

*data, podpis:*

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

1. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru F programu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres Projektodawcy | Nazwa projektu |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Część 2F WYSTĄPIENIA: Informacje o projektach planowanych  do realizacji w ramach obszaru F programu |

**UWAGA!**

W przypadku większej ilości projektów zgłoszonych w części 2 Wystąpienia, **część 2F** Wystąpienia należy skopiować i wypełnić dla każdego projektu oddzielnie

1. **Przedmiot projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| Utworzenie warsztatu terapii zajęciowej |  |
| Remont lub modernizację warsztatu terapii zajęciowej |  |

**2. Opis projektu**

|  |
| --- |
| Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wystąpienia):  ....................................................................................................................................... ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |
| Nazwa Projektodawcy:......................................................................................................................  Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy)*..........................................................................* NIP ............................... ; Nr 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:..................................................................................................... |
| Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):  ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: …  w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: … |
| Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie WTZ / nazwa remontowanego lub modernizowanego WTZ:  ……………………………………………………………………………………………………………. ...................................................................................................................................... Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ................................................................................................................... .......................................................................................................................................  NIP........................ Nr identyfikacyjny PFRON\* ….....................  \*należy wypełnić jeżeli posiada |

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

|  |
| --- |
| (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)  ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

4. Harmonogram realizacji projektu

|  |
| --- |
| Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok): ................................  Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): ...................................................................... |

### 5. Wartość wskaźników bazowych

|  |  |
| --- | --- |
| 1. liczba warsztatów terapii zajęciowej na terenie powiatu (według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie), w których zidentyfikowano ryzyko likwidacji miejsc dla osób niepełnosprawnych ze względu na degradację infrastruktury warsztatu\* |  |
| 1. wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie |  |
| 1. wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na przeciwdziałanie degradacji infrastruktury istniejących warsztatów terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie\* |  |

\* dotyczy projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej

**6. 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, przyrzeczone, 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: ....................................................................................................... |

**7. 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 *de minimis* tak nie ; |

**8. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2F Wystąpienia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono** | | **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 modernizację warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji WTZ |  |  |  |  |
| 2. | Wykaz robót budowlanych, ich opis  i koszt wraz z kosztorysami, wycenami  i ofertami – **kosztorys z wartością brutto  w** **dwóch egzemplarzach** |  |  |  |  |
| 3. | Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń - **dwie oferty w cenie brutto** |  |  |  |  |

***Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wystąpienia:***

*pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR*

*data, podpis:*

#### Oświadczenia

**Oświadczam**, że podane w Wystąpieniu 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 Wystąpienia wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wystąpienia.

**Oświadczam**, że na dzień sporządzenia Wystąpienia 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 Wystąpienia zostały zweryfikowane pod względem formalnym i merytorycznym.

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wystąpienie z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuję o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wystąpieniu

................................................... dnia .................................r.

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

*pieczątka imienna pieczątka imienna*

*podpisy osób upoważnionych do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych*

**Pouczenie:**

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

*W przypadku, gdy w formularzu Wystąpienia 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.*