Załącznik nr 5  
 do Procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

Wystąpienie złożono w

w dniu

Nr sprawy:

(Wypełnia PCPR)

# Wystąpienie w sprawie uczestnictwa w realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III” obszar D

**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.

## Część 1 Wystąpienia: Dane i informacje o Projektodawcy

### Nazwa i adres Projektodawcy

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:

### Osoby uprawnione do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych:

Imię, nazwisko, funkcja:

Imię, nazwisko, funkcja:

### Załączniki (dokumenty) wymagane do Wystąpienia

1. Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wystąpienie podpisane jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania Projektodawcy:   
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PCPR**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

1. Oświadczenie Projektodawcy o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników:  
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PCPR**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

1. Oświadczenie Projektodawcy 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 Wystąpienia:

podpis pracownika PCPR i data

## Część 2 Wystąpienia: Informacje o projektach

### Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru D programu (część 2D Wystąpienia):

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

**Część 2D Wystąpienia: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru D programu**

**Uwaga!**

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

### Opis projektu

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

### 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:

### Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

### Harmonogram realizacji projektu

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok):

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

### 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 lub wniosku   
   o dofinansowanie:
2. Liczba mikrobusów: , w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: ;
3. Liczba autobusów: , w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: .
4. 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 lub wniosku o dofinansowanie:
5. Osoby niepełnosprawne łącznie: , w tym osoby pełnoletnie:   
   i osoby do 18 roku życia: ;
6. Osoby niepełnosprawne na wózkach łącznie: , w tym osoby pełnoletnie na wózkach: i osoby do 18 roku życia na wózkach:
7. wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wystąpienia lub wniosku o dofinansowanie:
8. 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 lub wniosku o dofinansowanie:
9. Placówki służące rehabilitacji:
10. Warsztaty terapii zajęciowej:

### 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:

### 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:

### Informacje dotyczące pomocy publicznej

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);

1. Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
2. Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
3. Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
4. Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe).

### Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2D Wystąpienia

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 informacja o dodatkowym wyposażeniu (winda, 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 Wystąpienia:

podpis pracownika PCPR i data

## Oświadczenia Projektodawcy

1. **Oświadczam**, że podane w Wystąpieniu 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 Wystąpienia wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wystąpienia.
4. **Oświadczam**, że na dzień sporządzenia Wystąpienia reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON.
5. **Oświadczam**, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wystąpienia zostały zweryfikowane pod względem formalnym i merytorycznym.
6. **Oświadczam,** że beneficjenci, których projekty stanowią podstawę do sporządzenia niniejszego wystąpienia nie posiadają wymagalnych zobowiązań wobec ZUS i Urzędów Skarbowych.

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wystąpienie z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuję o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wystąpieniu

, dnia r.

(podpis)

(podpis)

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych