

Wystąpienie złożono w.....PFRON w dniu.....	Nr sprawy: Wypełnia PFRON
---	----------------------------------

WYSTĄPIENIE

w sprawie uczestnictwa samorządu powiatowego w realizacji
„Programu wyrównywania różnic między regionami III”

Pouczenie:

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

Część 1 WYSTĄPIENIA: Dane i informacje o Jednostce samorządu

1. Nazwa i adres samorządu powiatowego

Pełna nazwa: Powiat Nowomiejski reprezentowany przez Zarząd Powiatu w Nowym Mieście Lubawskim.			
Nowe Miasto Lubawskie	ul. Rynek	1	13-300
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Nowe Miasto Lubawskie	Nowomiejski	Warmińsko-Mazurskie	Karolina Zaleś
Gmina	Powiat	Województwo	Imię Nazwisko osoby do kontaktu
56 474 31 96	http://www.powiat-nowomiejski.pl		sekretariat@powiat-nowomiejski.pl
Nr telefonu osoby do kontaktu	adres http://www		e-mail

2. Osoby uprawnione do reprezentacji samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych

(pieczęćka imienna)	(pieczęćka imienna)
podpis.....	podpis.....

3. Informacje o samorządzie powiatowym

877-14-60-784	871118879
Nr identyfikacyjny NIP	Numer identyfikacyjny PFRON
Czy Jednostka samorządu jest podatnikiem VAT: tak -nie	
podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT : nie dotyczy	
Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak nie	
podstawa prawna: art. 15 ust. 6 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. O podatku od towarów i usług (tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 106).	

4. Załączniki (dokumenty) wymagane do Wystąpienia

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono		Uzupełniono tak/nie <i>(wypełnia PFRON)</i>	Data uzupełnienia
		tak	nie		
1.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wystąpienie podpisane jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Jednostki samorządu		NIE		
2.	Oświadczenie dotyczące powiatu, starostwa powiatowego i jednostek organizacyjnych powiatu, których dotyczy wystąpienie o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników	TAK			
3.	Oświadczenie dotyczące powiatu, starostwa powiatowego i jednostek organizacyjnych powiatu, których dotyczy wystąpienie o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków	TAK			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wystąpienia:

<p><i>pieczęćka imienna, podpis pracownika PFRON</i></p> <p><i>data, podpis</i></p>
--

Część 2 WYSTĄPIENIA: Informacje o projektach**1. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru B programu:**

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu
1.	Gmina Nowe Miasto Lubawskie z/s w Mszanowie, Mszanowo, ul. Podleśna 1, 13-300 Nowe Miasto Lubawskie	Budowa podjazdu dla niepełnosprawnych wraz z przebudową schodów zewnętrznych przy Zespole Szkół im. Rodu Działyńskich w Bratianie, ul. Szkolna 1, 13-300 Nowe Miasto Lubawskie.

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

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu
	NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY

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

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu
	NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY

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

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu
	NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY

Część 2B WYSTĄPIENIA: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru B programu**UWAGA!**

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

1. Opis projektu

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

Budowa podjazdu dla niepełnosprawnych wraz z przebudową schodów zewnętrznych przy Zespole Szkół im. Rodu Działyńskich w Bratianie, ul. Szkolna 1, 13-300 Nowe Miasto Lubawskie.

Nazwa Projektodawcy: **Gmina Nowe Miasto Lubawskie z/s w Mszanowie**

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy): Mszanowo, ul. Podleśna 1,
13-300 Nowe Miasto Lubawskie.

NIP 877-14-68-461 ; Nr identyfikacyjny PFRON 28Y0164E0;

Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: **tak** **nie**

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT: **NIE DOTYCZY**

Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: **tak** **nie**
podstawa prawna: **NIE DOTYCZY**

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

Dostosowanie wejścia do szkoły umożliwiającego swobodne korzystanie z budynku szkolnego dzieciom niepełnosprawnym, poruszającym się min. na wózkach inwalidzkich, a także ułatwienie osobom niepełnosprawnym z terenu gminy korzystanie z lokali wyborczych dostępnych w szkole.

W celu likwidacji istniejących barier w szkole Gmina Nowe Miasto Lubawskie planuje wybudować podjazd dla niepełnosprawnych dzieci wraz z przebudową schodów zewnętrznych przy Zespole Szkół im. Rodu Działyńskich w Bratianie, ul. Szkolna 1. Likwidacja barier ma na celu ułatwienie dostępu do budynku szkoły niepełnosprawnym ruchowo uczniom, a także ułatwienie dostępu do lokali wyborczych niepełnosprawnym mieszkańcom Gminy Nowe Miasto Lubawskie. Budowa podjazdu stworzy również warunki do wzrostu liczby osób z niepełnosprawnością zatrudnionych na otwartym rynku pracy, przyczyni się do stopniowego zwiększania uczestnictwa w szkolnictwie powszechnym dzieci niepełnosprawnych (infrastruktura szkół, kwalifikacje nauczycieli) oraz poprawi jakość funkcjonowania w szkole niepełnosprawnych dzieci, zarówno uczniów tej szkoły, jak i innych niepełnosprawnych dzieci odwiedzających szkołę w trakcie imprez organizowanych przez szkołę. Poprawi funkcjonowanie społeczności lokalnej. Budowa podjazdu ułatwi także niepełnosprawnym mieszkańcom gminy korzystanie z lokali wyborczych dostępnych w szkole.

Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: 4

w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: 4

Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier: **Zespół Szkół im. Rodu Działyńskich w Bratianie**

Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):
Bratian, ul. Szkolna 1, 13-300 Nowe Miasto Lubawskie

NIP 8771456920 Nr identyfikacyjny PFRON* 519488126

*należy wypełnić jeżeli posiada

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

Gmina Nowe Miasto Lubawskie widzi potrzebę likwidacji barier architektonicznych dla niepełnosprawnych dzieci oraz mieszkańców gminy Nowe Miasto Lubawskie ze względu na utrudniony dostęp do budynku szkoły. W chwili obecnej do szkoły prowadzą tylko schody, które uniemożliwiają swobodne przemieszczanie się niepełnosprawnych dzieci. Aby dziecko poruszające się na wózku inwalidzkim mogło dostać się na zajęcia konieczne jest wniesienie wózka inwalidzkiego przez co najmniej dwie osoby. Również inne dzieci niepełnosprawne ruchowo a nie poruszające się na wózkach inwalidzkich mają utrudniony dostęp do budynku szkoły. Podjazd w znacznym stopniu ułatwiłby im poruszanie i przemieszczanie się. W tym budynku znajduje się także oddział przedszkolny. Również rodzice, którzy zaprowadzają i odbierają swoje dzieci z zajęć, przyjeżdżając z młodszym rodzeństwem, często jeszcze w wózkach nie mogą swobodnie dostać się do szkoły. Zazwyczaj wózki są zostawiane przed budynkiem. Ponadto niepełnosprawni mieszkańcy gminy Nowe Miasto Lubawskie w trakcie wyborów mają problemy z korzystania z lokali wyborczych, które mieszczą się w szkole.

3. Harmonogram realizacji projektu

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok): **20.06.2020 r.**

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): **2 miesiące**

4. Wartość wskaźników bazowych

liczba osób niepełnosprawnych uczęszczających do środowiskowego domu samopomocy, którego dotyczy projekt lub liczba dzieci i młodzieży niepełnosprawnej uczęszczających do placówki edukacyjnej, której dotyczy projekt, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie, z wyszczególnieniem dzieci i młodzieży oraz osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich	niepełnosprawni ogółem	niepełnosprawni do 18 roku życia
	8	8
	niepełnosprawni pełnoletni na wózkach	niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach
	0	1

5. Koszt realizacji projektu

A.	Łączny koszt realizacji projektu: 25 476,18 zł słownie złotych: dwadzieścia pięć tysięcy czterysta siedemdziesiąt sześć zł 18/100
B.	Własne środki przeznaczone na realizację projektu: 11 464,28 zł słownie złotych: jedenaście tysięcy czterysta sześćdziesiąt cztery zł 28/100
C.	Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyręczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): 0,00 zł słownie złotych: zero zł 00/100
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: 14 011,90 zł słownie złotych: czternaście tysięcy jedenaście zł 90/100

6. 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;

7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2B Wystąpienia

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono		Uzupełniono	Data uzupełnienia
		tak	nie	tak/nie (wypełnia PFRON)	
1.	Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kosztorysami, wycenami i ofertami	TAK			
2.	Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń oferty cenowe	NIE			
3.	O ile dotyczy: a) dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów, b) rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego i projektowanego do wykonania, c) dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu, d) kopia pozwolenia na budowę – jeśli pozwolenie jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów, e) zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów, f) dokument potwierdzający rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku.	TAK			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wystąpienia:

<p>pieczętka imienna, podpis pracownika PFRON</p> <p>data, podpis</p>
--

Część 2C WYSTĄPIENIA: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru C programu

UWAGA!

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

1. Opis projektu

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

NIE DOTYCZY

Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych:

NIE DOTYCZY

Nazwa Projektodawcy: NIE DOTYCZY

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy): NIE DOTYCZY

NIP: NIE DOTYCZY Nr identyfikacyjny PFRON: NIE DOTYCZY

Czy projektodawca jest płatnikiem VAT tak nie

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT Nie dotyczy

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

podstawa prawna: NIE DOTYCZY

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

NIE DOTYCZY

Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: NIE DOTYCZY

Nazwa zakładu spółdzielni socjalnej osób prawnych (której utworzenia dotyczy projekt), w którym adaptowane są pomieszczenia i tworzone stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych

NIE DOTYCZY

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

NIE DOTYCZY

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):

NIE DOTYCZY

3. Harmonogram realizacji projektu

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

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): NIE DOTYCZY

4. Wartość wskaźników bazowych

wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na utworzenie spółdzielni socjalnej osób prawnych, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie

NIE DOTYCZY

5. Koszt realizacji projektu

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

6. Informacje dotyczące pomocy publicznej – NIE DOTYCZY

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Planowana pomoc jest pomocą <i>de minimis</i>	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>

7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2C Wystąpienia

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono		Uzupełniono	Data uzupełnienia
		tak	nie	tak/nie (wypełnia PFRON)	
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 Wystąpienia:

pieczętka imienna, podpis pracownika PFRON
data, podpis

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

1. Opis projektu

Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wystąpienia): NIE DOTYCZY
Nazwa Projektodawcy: NIE DOTYCZY
Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) NIE DOTYCZY
NIP ; Nr identyfikacyjny PFRON
Czy projektodawca jest podatnikiem VAT tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
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): NIE DOTYCZY
Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: --- w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: ---
Nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem: NIE DOTYCZY
Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): NIE DOTYCZY
NIP Nr identyfikacyjny PFRON *
*należy wypełnić jeżeli posiada

2. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu

w przypadku obszernego opisu – w załączeniu
Nazwa placówki służącej rehabilitacji / warsztatu terapii zajęciowej / gminy, która będzie korzystać z pojazdu: NIE DOTYCZY
Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (dzień/ miesiąc/rok) NIE DOTYCZY
Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): NIE DOTYCZY
NIP.....* Nr identyfikacyjny PFRON*
*należy wypełnić jeżeli posiada
Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu: NIE DOTYCZY

3. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

NIE DOTYCZY

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

NIE DOTYCZY

5. Harmonogram realizacji projektu

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

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): **NIE DOTYCZY**

6. Wartość wskaźników bazowych

<p>a) 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</p>	<p>Liczba mikrobusów NIE DOTYCZY w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach NIE DOTYCZY Liczba autobusów NIE DOTYCZY w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach NIE DOTYCZY</p>		
<p>b) 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</p>	osoby niepełnosprawne		
	pełnoletnie	do 18 roku życia	łącznie
<p>c) 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</p>	<p>NIE DOTYCZY</p>		
	pełnoletnie na wózkach	do 18 roku życia na wózkach	łącznie na wózkach
<p>d) 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</p>	<p>Placówki służące rehabilitacji NIE DOTYCZY</p>		
	<p>Warsztaty terapii zajęciowej NIE DOTYCZY</p>		

7. Koszt realizacji projektu

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

8. Informacje dotyczące pomocy publicznej

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Planowana pomoc jest pomocą <i>de minimis</i>	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>

9. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2D Wystąpienia

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono		Uzupełniono	Data uzupełnienia
		tak	nie	tak/nie (wypełnia PFRON)	
1.	Wykaz pojazdów (wraz z ofertami cenowymi), 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				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wystąpienia:

pieczętka imienna, podpis pracownika PFRON
data, podpis.

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	<input type="checkbox"/>
Remont lub modernizację warsztatu terapii zajęciowej	<input type="checkbox"/>

2. Opis projektu

Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wystąpienia):
NIE DOTYCZY

Nazwa Projektodawcy: NIE DOTYCZY
 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):
NIE DOTYCZY

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) NIE DOTYCZY

4. Harmonogram realizacji projektu

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok): NIE DOTYCZY
 Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): NIE DOTYCZY

5. Wartość wskaźników bazowych

a) 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*	NIE DOTYCZY
b) wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie	NIE DOTYCZY
c) wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na przeciwdziałanie degradacji infrastruktury istniejących warsztatów terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie*	NIE DOTYCZY

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

6. Koszt realizacji projektu

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

7. Informacje dotyczące pomocy publicznej

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Planowana pomoc jest pomocą <i>de minimis</i>	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>

B. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2F Wystąpienia

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono		Uzupełniono	Data uzupełnienia
		tak	nie	tak/nie (wypełnia PFRON)	
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				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wystąpienia:

pieczętka lmlenna, podpis pracownika PFRON

data, podpis

Oświadczenia samorządu powiatowego

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.

Wniosuję o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wystąpieniu	
..... dniar.	
.....
<i>pieczętka imienna</i>	<i>pieczętka imienna</i>
<i>podpisy osób upoważnionych do reprezentacji samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych</i>	

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.*