

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)
projektów w ramach
„Programu wyrównywania różnic między regionami II”

Obszar B – likwidacja barier w zakładach opieki zdrowotnej
w zakresie umożliwienia osobom niepełnosprawnym
poruszania się i komunikowania

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”.

Część 1 WNIOSKU: Dane i informacje o Projektodawcy

1. Nazwa i adres Projektodawcy

Pełna nazwa:			
.....			
.....			
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Nr telefonu	Nr fax	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

REGON		Nr identyfikacyjny NIP	
Nazwa banku		Nr konta bankowego	
Czy Projektodawca jest płatnikiem VAT: tak ☐ nie ☐			
podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT			
Wnioskodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: tak ☐ nie ☐			
podstawa prawna			

4. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON (za okres ostatnich 3 lat)

Czy Projektodawca korzystał ze środków PFRON tak ☐ nie ☐				
Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana		Razem kwota rozliczona	

5. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON

Czy Projektodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	tak ☐	nie ☐
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy Projektodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak ☐	nie ☐
Numer identyfikacyjny PFRON		
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku	zł	

Część 2 WNIOSKU: Informacje o projektach

I. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez Projektodawcę w ramach obszaru B programu:

Lp.	Nazwa projektu

UWAGA!

1. Opis projektu

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

3. Harmonogram realizacji projektu

Rozpoczęcie realizacji projektu *(dzień, miesiąc, rok)*:

Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:

Informacje uzupełniające:

4. Koszt realizacji projektu

A.	Łączny koszt realizacji projektuzł słownie złotych:
B.	Środki własne przeznaczone na realizację projektuzł słownie złotych:
C.	Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON)zł słownie złotych:
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRONzł słownie złotych:

UWAGA!
Zgodnie z warunkami brzegowymi obowiązującymi realizatorów „Programu wyrównywania różnic między regionami II” w 2010 roku maksymalna wysokość dofinansowania ze środków PFRON wynosi 150.000,00 zł na każdy projekt, nie więcej jednak niż 30% kosztów realizacji projektu.

5. Wartość wskaźników bazowych

Liczba osób niepełnosprawnych, które zostały poddane leczeniu w zakładzie opieki zdrowotnej, którego dotyczy projekt w ostatnim miesiącu roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie	niepełnosprawni ogółem, w tym:	
	niepełnosprawni do 18 roku życia	
	niepełnosprawni pełnoletni na wózkach	
	niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach	
Liczba zakładów opieki zdrowotnej położonych na terenie powiatu, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie		
Liczba zakładów opieki zdrowotnej położonych na terenie powiatu, kompleksowo dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie		
Wysokość środków przeznaczonych w planie beneficjenta na likwidację barier architektonicznych w zakładzie opieki zdrowotnej, na rok złożenia wniosku o dofinansowanie		

6. Planowane wartości wskaźników ewaluacji

Wskaźniki wkładu		
Iloraz kwoty wkładu własnego deklarowanej przez beneficjenta projektu oraz kwoty rzeczywistego wkładu własnego beneficjenta		
Iloraz planowanego kosztu projektu oraz rzeczywistego kosztu projektu		
Planowany udział procentowy wkładu własnego beneficjenta w kosztach realizacji projektu		
Rzeczywisty udział procentowy wkładu własnego beneficjenta w kosztach realizacji projektu		
Wskaźniki produktu		
Liczba zakładów opieki zdrowotnej, w których zlikwidowano bariery architektoniczne w wyniku realizacji projektu		
Wskaźniki rezultatu		
Liczba osób niepełnosprawnych, które w wyniku realizacji projektu zaczęły samodzielnie korzystać z zakładów opieki zdrowotnej, według stanu na ostatni dzień trzeciego miesiąca następującego po miesiącu zakończenia projektu	niepełnosprawni ogółem, w tym:	
	niepełnosprawni do 18 roku życia	
	niepełnosprawni pełnoletni na wózkach	
	niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach	
Wskaźniki oddziaływania		
Liczba osób niepełnosprawnych, które w wyniku realizacji projektu zaczęły samodzielnie korzystać z zakładów opieki zdrowotnej, według stanu na ostatni dzień roku następującego po roku zakończenia projektu	niepełnosprawni ogółem, w tym:	
	niepełnosprawni do 18 roku życia	
	niepełnosprawni pełnoletni na wózkach	
	niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach	

7. Informacje dotyczące pomocy publicznej

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. Nr 59 poz. 404 z późn. zm.)

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 ☐

Oświadczam, że podane we Wniosku informacje są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że znane są mi zapisy programu i procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II”.

Oświadczam, że na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.

UWAGA! Podanie przez Projektodawcę informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuje o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku

..... dniar.

.....

pieczęćka imienna

pieczęćka imienna

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

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.

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	(wypełnia PCPR)	
1.	Oświadczenie o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON				
2.	Zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników, (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia projektu) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu projektodawcy				
3.	Dokumenty z Urzędu Skarbowego: zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami lub decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia projektu) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu projektodawcy				
4.	Wydane przez bank (banki) zaświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego (rachunków bankowych), wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach, (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia projektu)				
5.	Pełnomocnictwo, lub inny dokument potwierdzający uprawnienia projektodawcy do zaciągania zobowiązań finansowych				
6.	Aktualny dokument potwierdzający status prawny projektodawcy				
7.	Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kosztorysami, wycenami i ofertami				
8.	Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz oferty cenowe dotyczące sprzętu i urządzeń				
9.	Dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów				
10.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu				
11.	Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów				
12.	Zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów				

**Projektodawca prowadzący działalność gospodarczą ubiegający się
o pomoc de minimis załącza do wniosku dodatkowo:**

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PCPR)</i>	
1.	Informacja o otrzymanej pomocy de minimis w złotych i Euro w roku złożenia wniosku, wg stanu na dzień poprzedzający złożenie wniosku wraz z dwoma poprzednimi latami bilansowymi lub oświadczenie o nie otrzymaniu takiej pomocy				
2.	Informacja o kwocie (w złotych) i przeznaczeniu innej pomocy w zakresie tych samych kosztów kwalifikowanych, których dotyczy składany wniosek w roku złożenia wniosku wg stanu na dzień poprzedzający złożenie wniosku wraz z dwoma poprzednimi latami bilansowymi lub oświadczenia o nie otrzymaniu takiej pomocy				
3.	W przypadku otrzymania pomocy, o której mowa w pkt 2 – oświadczenie, że otrzymanie aktualnie wnioskowanej pomocy de minimis nie spowoduje przekroczenia maksymalnej intensywności określonej dla innego rodzaju pomocy w zakresie tych samych kosztów kwalifikowanych				
4.	Oświadczenie o spełnieniu warunku określonego w art. 1 ust. 1 rozporządzenia Komisji (WE) 1998/2006 z 15 grudnia 2006 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu do pomocy de minimis				
5.	Oświadczenie o prowadzeniu działalności w sektorze transportu, jeżeli taki przypadek ma miejsce				