Wniosek dla projektodawców w ramach obszarów B,C,D,F i G Miasto Tychy

Pieczęć Realizatora Data wpływu wniosku .....

Nr sprawy:

Wypełnia Realizator

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach obszaru B, C, D, F „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

*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
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

(pieczątka imienna) podpis	*(pieczątka imienna)* podpis .....

3. 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		
Numer identyfikacyjny 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	

4. Informacje o Projektodawcy

REGON	Nr identyfikacyjny NIP
Czy Projektodawca jest podatnikiem 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:	

5. 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 ☐;

6. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	*(wypełnia Realizator)*	
1.	Oświadczenie Projektodawcy o zgodności zgłoszonych projektów z celami założonymi w samorządowym programie działań na rzecz osób niepełnosprawnych				
2.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania Projektodawcy				
3.	Zaświadczenie z ZUS dotyczące Projektodawcy o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy				
4.	Dokumenty z Urzędu Skarbowego dotyczące Projektodawcy: decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy				
5.	Wydane przez bank (banki) zaświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego (rachunków bankowych), wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach (wydane nie wcześniej niż 3 miesiąca przed dniem złożenia projektu)				
6.	Aktualny dokument potwierdzający status prawny Projektodawcy				
7.	Informacja Projektodawcy wykazująca iż spełnia on/ jednostka podległa, której dotyczy wniosek warunki definicji przyjętej w programie.				
8.	Planowana wysokość wskaźników wkładu, produktu i rezultatu, jaka powinna być osiągnięta w trakcie realizacji projektu/ów oraz w wyniku realizacji projektu/ów – o których mowa w rozdziale VII procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 wniosku:

pieczątka imienna, podpis pracownika Realizatora

data, podpis:

Część 2 WNIOSKU:

Informacje o projektach

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

L.p.	Nazwa projektu

2. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę w ramach obszaru C programu:

L.p.	Nazwa projektu

3. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez Projektodawcę w ramach obszaru D programu:

L.p.	Nazwa projektu

4. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez Projektodawcę w ramach obszaru F programu:

L.p.	Nazwa projektu

Część 2B WNIOSKU:

Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru B programu

UWAGA!

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

1. Opis projektu

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

.....

.....

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 projektowana jest likwidacja barier oraz nazwa i adres jednostki organizacyjnej Projektodawcy prowadzącej obiekt .....

.....

.....

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

.....

NIP ..... REGON ..... Nr identyfikacyjny PFRON* .....

*należy wypełnić jeżeli posiada

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)*:.....

4. Wartość wskaźników bazowych:

a) 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 wniosku o dofinansowanie, z wyszczególnieniem dzieci i młodzieży oraz osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich	**niepełnosprawni ogółem**	**niepełnosprawni do 18 roku życia**
	niepełnosprawni pełnoletni na wózkach	**niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach**

5. 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.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: ..... zł słownie złotych: .....

6. Informacje uzupełniające

.....

.....

.....

.....

.....

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

L.p.	**Nazwa załącznika**	**Załączono do wniosku**		**Uzupełniono tak/nie**	**Data uzupełnienia**
		tak	**nie**	***(wypełnia Realizatora)***	
1.	Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kosztorysami, wycenami i ofertami				

2.	Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń oferty cenowe				
3.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu				
4.	Dokument potwierdzający rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku				
5.	O ile dotyczy: a) dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów, b) rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego i projektowanego do wykonania, c) kopia pozwolenia na budowę – jeśli pozwolenie jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów, d) zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wniosku:

pieczątka imienna, podpis pracownika Realizatora

data, podpis:

Część 2C WNIOSKU:

Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru C programu

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

1. Opis projektu

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

.....

.....

Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych

.....

.....

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

Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: .....

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

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

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)*:.....

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	

5. 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.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: ..... zł słownie złotych: .....

6. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2C Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	*(wypełnia Realizator)*	
1.	Porozumienie intencyjne w sprawie utworzenia spółdzielni socjalnej osób prawnych				
2	Wykaz robót adaptacyjnych dotyczących obiektu spółdzielni, ich opis i koszt				
3.	Kosztorys i dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysu				
4.	Wykaz urządzeń i sprzętu dotyczącego adaptacji obiektu spółdzielni wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń oferty cenowe				
5.	Wykaz wyposażenia spółdzielni, specyfikację niezbędnego wyposażenia oraz koszt				
6.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu				
7.	Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów				

8.	Zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów				
9.	Wykaz stanowisk pracy tworzonych w ramach projektu w spółdzielni, zawierający nazwę stanowiska, specyfikację niezbędnego wyposażenia stanowiska wraz z ofertami cenowymi oraz koszt wyposażenia stanowiska				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2C Wniosku:

pieczątka imienna, podpis pracownika Realizator

data, podpis:

Część 2D WNIOSKU:

Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru D programu

UWAGA!

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

1. Opis projektu

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

.....

.....

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

.....

.....

.....

Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: ...

w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: ...

Nazwa jednostki organizacyjnej projektodawcy, która będzie dysponować pojazdem
.....
.....
Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):
.....
.....

NIP ..... REGON ..... 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: .....
.....
Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (dzień/ miesiąc/rok)
.....

Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):
.....

NIP.....* Nr identyfikacyjny PFRON* .....

*należy wypełnić jeżeli posiada

Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu:

.....
.....

3. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Harmonogram realizacji projektu

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

Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:.....

6. Wartość wskaźników bazowych:

<table>
<tr><td>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</td><td colspan="3">Liczba mikrobusów .....,
w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach .....
Liczba autobusów .....,
w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach .....</td></tr>
<tr><td rowspan="4">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 wniosku o dofinansowanie</td><td colspan="3">osoby niepełnosprawne</td></tr>
<tr><td>pełnoletnie</td><td>do 18 roku życia</td><td>łącznie</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>pełnoletnie na wózkach</td><td>do18 roku życia na wózkach</td><td>łącznie na wózkach</td></tr>
<tr><td rowspan="4">a) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wniosku o dofinansowanie
d) liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych, których uczestnikom beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">Placówki służące rehabilitacji</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">Warsztaty terapii zajęciowej</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
</table>

7. 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.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: ..... zł słownie złotych: .....

8. Informacje uzupełniające

.....

.....

.....

.....

.....

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	*(wypełnia Realizator)*	
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 informacja o dodatkowym wyposażeniu (winda, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wniosku:

pieczątka imienna, podpis pracownika Realizatora

data, podpis:

Część 2F WNIOSKU:

Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru F programu

UWAGA!
W przypadku większej ilości projektów zgłoszonych w części 2 Wniosku, **część 2F** Wniosku 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 Wniosku):

.....

.....

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 oraz nazwa i adres jednostki organizacyjnej projektodawcy prowadzącej obiekt .....

.....

.....

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

.....

NIP..... REGON ..... Nr identyfikacyjny PFRON* .....

*należy wypełnić jeżeli posiada

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

(w przypadku remontu lub modernizacji warsztatu terapii zajęciowej należy opisać aktualny stan obiektu który ma być remontowany/modernizowany; obszernego opisu – w załączeniu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Harmonogram realizacji projektu

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

Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:.....

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*	
b)	wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie	
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*	

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 uzupełniające

.....

.....

.....

.....

8. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2F Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	*(wypełnia Realizatora)*	
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 w których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej w zakresie prowadzonego remontu				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wniosku:

pieczątka imienna, podpis pracownika Realizatora

data, podpis:

Oświadczenia Projektodawcy

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 III"

Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego Wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wniosku.

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

Uwaga!
Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuję o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku

Tychy dnia ..... r.

....

pieczątka imienna *pieczątka imienna*

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

Oświadczenia dla Projektodawców składających wnioski w ramach obszarów B, C, D

Oświadczam, że wymagany wkład własny do projektów wymienionych w niniejszym wniosku nie pochodzi ze środków PFRON;

Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot nie otrzymał dofinansowania ze środków PFRON na ten sam projekt z innego tytułu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. Z 2011r. Nr 127, poz. 721 ze zm.), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorcza PFRON

(pieczątka imienna)	*(pieczątka imienna)*
podpis	podpis .....

Pouczenie:
*We Wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać **„Nie dotyczy”**.*
*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.*