

Pieczęć Projektodawcy

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”

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.

Część 1 Wniosku: Dane i informacje o Projektodawcy

1. Nazwa i adres Projektodawcy

Pełna nazwa: _____

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) _____

Imię i nazwisko osoby do kontaktu: _____

Numer telefonu osoby do kontaktu: _____

Adres www: _____

e-mail: _____

adres skrzynki e-doręczeń: _____

Numer identyfikacyjny NIP: _____

Numer identyfikacyjny REGON: _____

Numer KRS _____

Numer identyfikacyjny PFRON: _____

2. Osoby uprawnione do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych:

Imię, nazwisko, funkcja: _____

Imię, nazwisko, funkcja: _____

3. Informacje o Projektodawcy:

(wybierz właściwe)

- 1) Czy Projektodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON: **Tak/Nie**
Podstawa prawna zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON:

- 2) Czy Projektodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON: **Tak/Nie**
Kwota zaległości, których termin płatności upłynął do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc w którym składany jest wniosek

- 3) Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: **Tak/Nie**
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:

- 4) Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: **Tak/Nie**
Podstawa prawna:

- 5) Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: **Tak/Nie**
- 6) Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: **Tak/Nie**
- 7) 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**
- 8) Planowana pomoc jest pomocą *de minimis*: **Tak/Nie**

4. Załączniki (dokumenty) wymagane do Wniosku

(wybierz właściwe)

- 1) Pełnomocnictwo w przypadku, gdy Wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Projektodawcy:
Załączono/Nie załączono
Wypełnia Realizator: **Uzupełniono/nie uzupełniono**
Data uzupełnienia: _____
- 2) Oświadczenie dotyczące Projektodawcy i jednostek organizacyjnych Projektodawcy, których dotyczy Wniosek o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników:
Załączono/Nie załączono
Wypełnia Realizator: **Uzupełniono/nie uzupełniono**
Data uzupełnienia: _____
- 3) Oświadczenie dotyczące Projektodawcy i jednostek organizacyjnych Projektodawcy, których dotyczy Wniosek o niezaleganiu z podatkami lub o

ewentualnym zwolnieniu z podatków:

Załączono/Nie załączono

*Wypełnia Realizator: **Uzupełniono/nie uzupełniono***

Data uzupełnienia: _____

- 4) Aktualny dokument potwierdzający status prawny Projektodawcy:

Załączono/Nie załączono

*Wypełnia Realizator: **Uzupełniono/nie uzupełniono***

Data uzupełnienia: _____

- 5) Oświadczenie Projektodawcy wykazujące że spełnia on/ jednostka podległa, której dotyczy wniosek warunki definicji przyjętej w programie:

Załączono/Nie załączono

*Wypełnia Realizator: **Uzupełniono/nie uzupełniono***

Data uzupełnienia: _____

- 6) 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):**Załączono/Nie załączono**

*Wypełnia Realizator: **Uzupełniono/nie uzupełniono***

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1
Wniosku:

podpis pracownika PFRON i data

Część 2 Wniosku: Informacje o projektach

1. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez samorząd powiatowy w ramach obszaru B programu (część 2B Wniosku):

Lp.	Nazwa Projektu

2. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez samorząd powiatowy w ramach obszaru C programu (część 2C Wniosku):

Lp.	Nazwa Projektu

3. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez samorząd powiatowy w ramach obszaru D programu (część 2D Wniosku):

Lp.	Nazwa Projektu

4. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez samorząd powiatowy w ramach obszaru F programu (część 2F Wniosku):

Lp.	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

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

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

- 3) Planowana liczba osób z niepełnosprawnościami, których dotyczy projekt: ____
w tym planowana liczba dzieci z niepełnosprawnościami: _____

- 4) Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier, data budowy obiektu i data oddania do użytkowania:

- 5) Dokładna lokalizacja obiektu (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

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

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

4. Wartość wskaźników bazowych

Liczba osób z niepełnosprawnościami uczęszczających do środowiskowego domu samopomocy, centrum integracji społecznej lub klubu integracji społecznej, którego dotyczy projekt lub liczba dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami uczęszczających do placówki edukacyjnej, której dotyczy projekt, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie.

- 1) Niepełnosprawni ogółem: _____
- 2) Niepełnosprawni do 18 roku życia: _____

5. Koszt realizacji projektu

- 1) Łączny koszt realizacji projektu: _____
słownie złotych: _____
- 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu: _____
słownie złotych: _____
- 3) Inne źródła finansowania ogółem (*środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – wyłączeniem środków pochodzących z PFRON*): _____
słownie złotych: _____
- 4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: _____
słownie złotych: _____

6. Informacje uzupełniające

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

- 1) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert:
Załączono/Nie załączono
Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:
- 2) Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych:
Załączono/Nie załączono
Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:
- 3) Dokument potwierdzający tytuł prawny do budynku
Załączono/Nie załączono
Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:
- 4) Pozwolenie na budowę (jeśli dotyczy)
Załączono/Nie załączono

Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:

- 5) Opinia wystawiona przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane o jakich mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1-2 ustawy Prawo budowlane, o spełnianiu przez projekt warunków, o których mowa w rozdziale I ust. 3 Załącznika nr 1 do Procedury

Załączono/Nie załączono

Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:

- 6) Kopia dokumentu potwierdzającego rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku:

Załączono/Nie załączono

Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:

- 7) O ile dotyczy: oświadczenie, że projekt będzie wykonywany w placówce edukacyjnej działającej zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 roku Prawo oświatowe: **Załączono/Nie załączono**

Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:

- 8) O ile dotyczy: oświadczenie, że projekt dotyczący biblioteki publicznej będzie wykonywany w budynku należącym do gminy lub powiatu:

Załączono/Nie załączono

Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:

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

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

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

- 3) Cel projektu (*w przypadku obszernego opisu – w załączeniu*):

- 4) Planowana liczba osób z niepełnosprawnościami, których dotyczy projekt:

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

- 6) 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

Przewidywany czas rozpoczęcia 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

- 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: _____

6. Informacje uzupełniające

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

- 1) Porozumienie intencyjne w sprawie utworzenia spółdzielni socjalnej osób prawnych:
Załączono/Nie załączono
Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:
- 2) Wykaz robót adaptacyjnych dotyczących obiektu spółdzielni, ich opis i koszt, wraz z kopiami wycen i ofert:
Załączono/Nie załączono
Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:
- 3) Zgoda właściciela budynku na realizację zadań będących przedmiotem projektu (*jeśli dotyczy*)
Załączono/Nie załączono
Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:
- 4) Pozwolenie na budowę (*jeśli dotyczy*)
Załączono/Nie załączono

Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:

- 5) Opinia wystawiona przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane o jakich mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1-2 ustawy Prawo budowlane, o spełnianiu przez projekt warunków, o których mowa w rozdziale I ust. 3 Załącznika nr 1 do Procedury

Załączono/Nie załączono

Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:

- 6) Wykaz urządzeń i sprzętu dotyczącego adaptacji obiektu spółdzielni wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych:

Załączono/Nie załączono

Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:

- 7) Wykaz wyposażenia spółdzielni, specyfikację niezbędnego wyposażenia oraz koszt:

Załączono/Nie załączono

Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:

- 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:

Załączono/Nie załączono

Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia

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

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

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

3) Planowana liczba osób z niepełnosprawnościami, których dotyczy projekt:

_____ ,
w tym planowana liczba dzieci z niepełnosprawnościami: _____ .

4) Nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem:

5) Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych
(*dzień/miesiąc/rok*)

7) NIP (*należy wypełnić, jeżeli posiada*): _____

8) Nr identyfikacyjny PFRON (*należy wypełnić, jeżeli posiada*): _____

2) Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

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

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

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

6) Wartość wskaźników bazowych

- 1) liczba pojazdów (w rozbiciu na mikrobusy-pojazdy o liczbie miejsc 9 łącznie z kierowcą i autobusy) wykorzystywanych do przewozu osób z niepełnosprawnościami 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:
 - a) Liczba mikrobusów: _____, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: _____;
 - b) Liczba autobusów: _____, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: _____.
- 2) liczba osób z niepełnosprawnościami, 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:
 - a) Osoby z niepełnosprawnościami łącznie: _____, w tym osoby pełnoletnie: _____
i osoby do 18 roku życia: _____;
 - b) Osoby z niepełnosprawnościami na wózkach łącznie: _____, w tym osoby pełnoletnie na wózkach: _____
i osoby do 18 roku życia na wózkach: _____.
- 3) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób z

niepełnosprawnościami, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie:

- 4) 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:
- a) Placówki służące rehabilitacji: _____
 - b) Warsztaty terapii zajęciowej: _____

7) Koszt realizacji projektu

- 1) Łączny koszt realizacji projektu: _____ ,
słownie złotych: _____
- 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu: _____ ,
słownie złotych: _____
- 3) Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): _____ ,
słownie złotych: _____
- 4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: _____ ,
słownie złotych: _____

8) Informacje uzupełniające

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

Wykaz pojazdów (wraz z kopiami ofert cenowych), których zakupu lub przystosowania dotyczy projekt zawierający rodzaj pojazdu, ilość miejsc do przewozu osób z niepełnosprawnościami, w tym miejsc przystosowanych do kotwiczenia wózków inwalidzkich wraz z informacją o dodatkowym wyposażeniu (windy, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu

Załączono/Nie załączono

Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia

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

- 1) Utworzenie warsztatu terapii zajęciowej: Tak/Nie *(wybierz właściwe)*;
- 2) Remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej: Tak/Nie *(wybierz właściwe)*.

2. Opis projektu

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

- 2) Cel projektu *(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)*:

- 3) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: _____ ,
w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: _____

- 4) Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie WTZ / nazwa remontowanego lub modernizowanego WTZ, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej:

- 5) Dokładna lokalizacja obiektu:

- 6) NIP: _____

- 7) 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, środowiskowych domów samopomocy i zakładów aktywności zawodowej na terenie powiatu (według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego o uczestnictwo w programie lub wniosku o dofinansowanie), w których zidentyfikowano ryzyko likwidacji miejsc dla osób niepełnosprawnych ze względu na degradację infrastruktury warsztatu (dotyczy projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej):

- 2) Wysokość środków przeznaczonych w planie jednostki samorządu terytorialnego programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego o uczestnictwo w programie lub wniosku o dofinansowanie:

- 3) Wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na przeciwdziałanie degradacji infrastruktury istniejących warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowych domów samopomocy i zakładów aktywności zawodowej na rok wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego o uczestnictwo w programie lub wniosku o dofinansowanie (dotyczy projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej):

6. Koszt realizacji projektu

- 1) Łączny koszt realizacji projektu: _____
słownie złotych: _____
- 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu: _____
słownie złotych: _____
- 3) Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): _____
słownie złotych: _____
- 4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: _____
słownie złotych: _____

7. Informacje uzupełniające

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

- 1) W przypadku projektów, których przedmiotem jest utworzenie warsztatu terapii zajęciowej: dokumenty o których mowa w paragrafie 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej
Załączono/Nie załączono
Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:
- 2) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert – przypadku projektów których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji tworzonego lub istniejącego WTZ (jeżeli dotyczy):
Załączono/Nie załączono
Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:
- 3) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert – w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja środowiskowego domu samopomocy, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji środowiskowego domu samopomocy (jeżeli dotyczy):
Załączono/Nie załączono
Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:
- 4) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert – w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja zakładu aktywności zawodowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji zakładu aktywności zawodowej (jeżeli dotyczy):
Załączono/Nie załączono
Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:
- 5) Wykaz wyposażenia, urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz kopie ofert cenowych:
Załączono/Nie załączono
Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:
- 6) Dokument potwierdzający tytuł prawny do budynku
Załączono/Nie załączono
Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:
- 7) Pozwolenie na budowę (jeśli dotyczy)
Załączono/Nie załączono
Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:
- 8) Opinia wystawiona przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane o jakich mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1-2 ustawy Prawo budowlane, o spełnianiu przez projekt warunków, o których mowa w rozdziale I ust. 3 Załącznika nr 1 do Procedury
Załączono/Nie załączono
Uzupełniono (wypełnia Realizator jeżeli dotyczy) data uzupełnienia:

Oświadczenia Projektodawcy

1. **Oświadczam**, że podane we Wniosku 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 Wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wniosku.
4. **Oświadczam**, że koszty realizacji projektów wyszczególnionych w części 2B, 2C, 2F Wniosku, o jakie wnioskuję dotyczą wyłącznie likwidacji barier i zwiększeniu dostępności obiektów budowlanych (jeśli dotyczy).
5. **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 _____

Podpis

Podpis

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych