

UCHWAŁA NR 114/1347/2026
ZARZĄDU POWIATU w MRĄGOWIE
Z DNIA 18.02.2026r.

w sprawie: wyrażenia zgody na podpisanie wystąpienia w sprawie uczestnictwa samorządu powiatowego w realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III” w 2026 r. wraz z załącznikami.

Na podstawie art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1684 ze zm.) w zw. z art. 35a ust. 1 pkt 1 lit. a, ust.2 pkt 1 oraz art. 47 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 913 ze zm.), uchwały Nr 102/1200/2025 Zarządu Powiatu w Mrągowie z dnia 18 grudnia 2025 r. w sprawie wyrażenia woli przystąpienia Powiatu Mrągowskiego do „Programu wyrównywania różnic między regionami III” w obszarze B, C, D, F i G w 2026 roku realizowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Zarząd Powiatu w Mrągowie uchwala, co następuje:

§ 1.

Wyraża się zgodę na podpisanie wystąpienia w sprawie uczestnictwa samorządu powiatowego w realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III” w 2026 r. wraz z załącznikami.

§ 2.

Wystąpienie, o którym mowa w § 1 stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 3.

Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Mrągowie.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

STAROSTA
Waldemar Cybul

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

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”.

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 Jednostce samorządu

1. Nazwa i adres samorządu powiatowego

Pełna nazwa : POWIAT MRĄGOWSKI

Miejscowość: Mrągowo

Ulica: Królewiecka

Nr posesji: 60A

Kod pocztowy: 11-700

Gmina: Mrągowo

Powiat: Mrągowski

Województwo: Warmińsko-Mazurskie

Imię i nazwisko osoby do kontaktu: Lidia Mańkowska

Numer telefonu osoby do kontaktu: (89) 743 33 64

Adres www: <http://www.bip.powiat.mragowo.pl>

e-mail: pcpr@powiat.mragowo.pl

adres skrzynki do e-doręczeń: AE:PL-65128-43564-RIUIG-20

Numer identyfikacyjny NIP:742-18-43-679

Numer identyfikacyjny REGON:510750373

Numer KRS : nie dotyczy

Numer identyfikacyjny PFRON: 28Y183E5

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

Imię, nazwisko, funkcja: Waldemar Cybul – Starosta Mrągowski

Imię, nazwisko, funkcja: Jacek Kiśluk – Wicestarosta

3. Załączniki (dokumenty) wymagane do Wystąpienia

- 1) Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wystąpienie podpisane jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Jednostki samorządu:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PFRON

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 2) Oświadczenie dotyczące powiatu i starostwa powiatowego powiatu o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PFRON

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 3) Oświadczenie dotyczące powiatu, starostwa powiatowego o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PFRON

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wystąpienia:

podpis pracownika PFRON i data

Część 2 Wystąpienia: Informacje o projektach

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

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa Projektu

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

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa Projektu

3. 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
1.	Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną	Zakup autobusu do przewozu uczestników Warsztatu Terapii Zajęciowej w Mikołajkach

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

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa Projektu

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

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: _____; Nr identyfikacyjny PFRON: _____;

5) Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT: _____

6) 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: _____

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

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

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

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

11) NIP: _____

12) 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

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, z wyszczególnieniem dzieci i młodzieży oraz osób z niepełnosprawnościami poruszających się na wózkach inwalidzkich.

- 1) Osoby z niepełnosprawnościami ogółem: _____
- 2) Osoby z niepełnosprawnościami do 18 roku życia: _____
- 3) Osoby z niepełnosprawnościami pełnoletni na wózkach: _____
- 4) Osoby z niepełnosprawnościami do 18 roku życia na wózkach: _____

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. 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: _____

7. Informacje dotyczące pomocy publicznej

- 1) Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 2) Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 3) Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 4) Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 5) Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe).

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

- 1) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PFRON
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
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 (wybierz właściwe)
Wypełnia PFRON
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 3) Kopia dokumentu potwierdzającego rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PFRON
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 4) 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 (wybierz właściwe)
Wypełnia PFRON
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 5) O ile dotyczy: oświadczenie, że projekt dotyczący biblioteki publicznej będzie wykonywany w budynku należącym do gminy lub powiatu Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PFRON
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wystąpienia:

podpis pracownika PFRON i data

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

- 1) Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wystąpienia): _____
- 2) Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych: _____

- 3) Nazwa Projektodawcy: _____
- 4) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy): _____

- 5) NIP: _____
- 6) Nr identyfikacyjny PFRON: _____
- 7) Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT: _____
- 8) 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: _____
- 9) Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu): _____

- 10) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: _____
- 11) Nazwa zakładu spółdzielni socjalnej osób prawnych (której utworzenia dotyczy projekt), w którym adaptowane są pomieszczenia i tworzone stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych: _____

- 12) 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, przyręczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): _____ zł, słownie
złotych: _____
- 4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: _____ zł, słownie
złotych: _____

6. 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: _____

7. Informacje dotyczące pomocy publicznej

- 1) Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 2) Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 3) Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);

Wystąpienie w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

- 4) Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 5) Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe).

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

- 1) Porozumienie intencyjne w sprawie utworzenia spółdzielni socjalnej osób prawnych:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PFRON

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 2) Wykaz robót adaptacyjnych dotyczących obiektu spółdzielni, ich opis i koszt, wraz z kopiami wycen i ofert: Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PFRON

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 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:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PFRON

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 4) Wykaz wyposażenia spółdzielni, specyfikację niezbędnego wyposażenia oraz koszt:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PFRON

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 5) 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 (wybierz właściwe)

Wypełnia PFRON

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2C Wystąpienia:

podpis pracownika PFRON i data

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

- 1) Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wystąpienia): „**Zakup autobusu do przewozu uczestników Warsztatów Terapii Zajęciowej w Mikołajkach**”
- 2) Nazwa Projektodawcy: **Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną w Mikołajkach**
- 3) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy): **Mikołajki, ul. Kolejowa 13, 11-730 Mikołajki**
- 4) NIP: **7421986752;**
- 5) Nr identyfikacyjny PFRON: **28Y152A3;**
- 6) Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT: Projektodawca nie spełnia warunków określonych art. 15-18 Ustawy o podatku od towarów i usług z dnia 11.03.2024 r. (Dz. U. 54 poz. 535 z 2024 r. ze zm.)
- 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: nie dotyczy
- 8) Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu): Celem projektu jest zakup autobusu do przewozu uczestników Warsztatu Terapii Zajęciowej w Mikołajkach oraz wyrównanie szans osób z niepełnosprawnościami w dostępie do rehabilitacji społecznej, ruchowej i zawodowej oraz wszelkiej terapii. Zakup autobusu przyczyni się również do likwidacji barier komunikacyjnych.
- 9) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: 50, w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: 0.
- 10) Nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem: Warsztat Terapii Zajęciowej w Mikołajkach
- 11) Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): Mikołajki, ul. Kolejowa 13, 11-730, Mikołajki, Mrągowski, Warmińsko- Mazurskie
- 12) NIP (należy wypełnić, jeżeli posiada): 7421986752
- 13) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić, jeżeli posiada) 28Y1526A3

2. 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: Warsztat Terapii Zajęciowej w Mikołajkach
- 2) Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (dzień/ miesiąc/rok): 15/03/2002
- 3) Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): Mikołajki, ul. Kolejowa 13, 11-730 Mikołajki, Mrągowski, warmińsko-mazurskie
- 4) NIP (należy wypełnić jeżeli posiada): 7421986752
- 5) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić jeżeli posiada): 28Y1526A3
- 6) Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu: Warsztat Terapii Zajęciowej, prowadzony jest przez Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Mikołajkach, jest jedynym WTZ działającym w Powiecie Mrągowskim. Zapewnia 80 dorosłym osobom z niepełnosprawnością intelektualną dostęp do rehabilitacji społecznej, zawodowej i ruchowej oraz terapii psychologicznej. Do WTZ dowożone są osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym. W Mikołajkach w terapii i rehabilitacji uczestniczy 50 osób, w Warpunach 15 oraz w Mrągowie 15. Autobus, który chcemy zakupić będzie dowozić uczestników do Mikołajek z terenu miasta i gminy Mrągowo, gminy Piecki oraz gminy Mikołajki.

3. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Mikołajkach posiada obecnie 5 pojazdów wykorzystywanych do przewozu osób niepełnosprawnych na zajęcia edukacyjne, terapię i rehabilitację. Wszystkie pojazdy są przystosowane do przewozu osób na wózkach inwalidzkich. Warsztat Terapii Zajęciowej ma do dyspozycji 19-osobowego autobusu MAN i 23-osobowego autobusu Mercedes Benz, korzysta również z 9-osobowego samochodu Renault Trafic. Natomiast w dyspozycji Ośrodka Rehabilitacyjno- Edukacyjno- Wychowawczego jest 20-osobowy autobus Mercedes Benz, 17-osobowy autobus Mercedes Benz oraz 9-osobowy samochód Renault Trafic. Pojazdy te przewożą uczestników WTZ oraz wychowanków OREW pokonując dziennie około 1000 km. Pojazdy te są również wykorzystywane podczas organizowanych wycieczek, wyjazdów na zawody sportowe i konkursy artystyczne.

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

Konieczność codziennego dowożenia uczestników do Warsztatu Terapii Zajęciowej w Mikołajkach wymaga odpowiedniej liczby pojazdów. Niektóre awarie zagrażają zdrowiu a nawet życiu. Naprawy dezorganizują dowóz. W przypadku długotrwałej naprawy jesteśmy zmuszeni wynajmować środki transportu. Wpływa to niekorzystnie na sytuację finansową WTZ. Przewoźnicy nie posiadają pojazdów dostosowanych do przewozu osób z niepełnosprawnościami. Autobus, który chcemy zastąpić nowym, ma już pięć lat. I coraz częściej wymaga napraw.

5. Harmonogram realizacji projektu

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok): **01.10.2026 r.**

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): **6 miesięcy**

6. Wartość wskaźników bazowych

- 1) liczba pojazdów (w rozbiu 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: **1**, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: **1** ;
 - b) Liczba autobusów: **4**, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: **4** .
- 2) liczba osób niepełnosprawnych, z wyodrębnieniem osób z niepełnosprawnościami 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: **90**, w tym osoby pełnoletnie: **72** i osoby do 18 roku życia: **18**;
 - b) Osoby z niepełnosprawnościami na wózkach łącznie: **4**, w tym osoby pełnoletnie na wózkach: **1** i osoby do 18 roku życia na wózkach: **3**
- 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: **155.050,00 zł**
- 4) liczba placówek służących rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami / 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: **2**
 - b) Warsztaty terapii zajęciowej: **1**

7. Koszt realizacji projektu

- 1) łączny koszt realizacji projektu: **535.050,00 zł**, słownie złotych: pięćset trzydzieści pięć tysięcy pięćdziesiąt złotych 00/100
- 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu: **155.050,00 zł** , słownie złotych: sto pięćdziesiąt pięć tysięcy pięćdziesiąt złotych 00/100
- 3) Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): nie dotyczy zł, słownie złotych: nie dotyczy

- 4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: **380.000,00 zł**, słownie złotych:
trzysta osiemdziesiąt tysięcy 00/100

8. 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: nie dotyczy

9. 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).

10. 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 informacją o dodatkowym wyposażeniu (windy, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PFRON

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wystąpienia:

podpis pracownika PFRON i data

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

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

2. 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 z niepełnosprawnościami, których dotyczy projekt: _____ , w tym planowana liczba dzieci z niepełnosprawnościami: _____
- 10) Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie warsztat terapii zajęciowej (WTZ) / nazwa remontowanego lub modernizowanego WTZ, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej ze względu na degradację infrastruktury: _____

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

- 12) NIP: _____

13) 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 realizatora programu o uczestnictwo w programie), 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 realizatora programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie: _____
- 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 realizatora programu o uczestnictwo w programie (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: _____ zł, słownie
złotych: _____
- 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu: _____ zł, słownie
złotych: _____
- 3) Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyręczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): _____ zł, słownie
złotych: _____
- 4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: _____ zł, słownie
złotych: _____

7. 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: _____

8. Informacje dotyczące pomocy publicznej

- 1) Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 2) Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 3) Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 4) Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
- 5) Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe).

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

- 1) Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert – w 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 (wybierz właściwe)

Wypełnia PFRON

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 2) 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 (wybierz właściwe)

Wypełnia PFRON

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

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 zakładu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji zakładu aktywności zawodowej (jeżeli dotyczy):

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PFRON

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 4) Wykaz wyposażenia, urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz kopie ofert cenowych:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PFRON

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wystąpienia:

podpis pracownika PFRON i data

Oświadczenia samorządu powiatowego

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 koszty realizacji projektów wyszczególnionych w części 2B, 2C, 2F Wniosku, o jakie wnioskuję Jednostka samorządu dotyczą wyłącznie likwidacji barier i zwiększeniu dostępności obiektów budowlanych (jeśli dotyczy).
7. **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 samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Załącznik do Wystąpienia w sprawie uczestnictwa jednostki samorządu powiatowego w realizacji "Programu wyrównywania różnic między regionami III"

Załącznik do Wystąpienia w sprawie uczestnictwa samorządu powiatowego w realizacji "Programu wyrównywania różnic między regionami III" w 2026 roku

Nazwa samorządu powiatowego będącego Realizatorem programu: **POWIAT MRĄGOWSKI**

Informacja o projektach złożonych do Jednostki samorządu powiatowego w ramach „Programu wyrównywania różnic między regionami III” według stanu na dzień 13.02.2026 R.

Obszar programu	Liczba złożonych projektów ogółem (suma kol. 3,6,8)	Liczba projektów pozytywnie zweryfikowanych pod względem formalnoprawnym i merytorycznym	Kwota wnioskowana ze środków PFRON na projekty pozytywnie zweryfikowane pod względem formalnoprawnym i merytorycznym	Kwota wnioskowana ze środków PFRON na obsługę (maksymalnie do 2,5% wartości sumy kwot wnioskowanych z projektów pozytywnie zweryfikowanych, tj. kol. 4)	Liczba projektów negatywnie zweryfikowanych ze względów formalnoprawnych lub merytorycznych	Kwota wnioskowana ze środków PFRON z projektów negatywnie zweryfikowane ze względów formalnoprawnych lub merytorycznych	Liczba projektów niekompletnych	Kwota wnioskowana ze środków PFRON z projektów niekompletnych
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Obszar B								
Obszar C								
Obszar D	1	1	380 000,00	9 500,00	0	0,00	0	0,00
Obszar F								
Razem	1	1	380 000,00	9 500,00	0	0,00	0	0,00

Miejscowość, data 13.02.2026 R.

Podpisy osób upoważnionych



Starostwo Powiatowe w Mrągowie

ul. Królewiecka 60 A, 11-700 Mrągowo tel. +48 89 7410150, fax. +48 89 7417275

e-mail: starostwo@powiat.mragowo.pl;

www.powiat.mragowo.pl, www.bip.powiat.mragowo.pl

Mrągowo, z dnia 2026-02-13

Oświadczamy, że Starostwo Powiatowe w Mrągowie, z siedzibą w Mrągowie, ul. Królewiecka 60A, 11-700 Mrągowo, NIP 742 18 43 679, REGON 510750373:

1. Nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.
2. Nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Urzędu Skarbowego.

.....
.....
.....
(pieczętki i podpisy osób upoważnionych)



Starostwo Powiatowe w Mrągowie

ul. Królewiecka 60 A, 11-700 Mrągowo tel. +48 89 7410150, fax. +48 89 7417275

e-mail: starostwo@powiat.mragowo.pl;

www.powiat.mragowo.pl, www.bip.powiat.mragowo.pl

Mrągowo, z dnia 2026-02-13

Oświadczamy, że Starostwo Powiatowe w Mrągowie, z siedzibą w Mrągowie, ul. Królewiecka 60A, 11-700 Mrągowo, NIP 742 18 43 679, REGON 510750373:

1. Nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
2. Nie posiada zaległości w obowiązkowych wpłatach na Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
(pieczętki i podpisy osób upoważnionych)



Starostwo Powiatowe w Mrągowie

ul. Królewiecka 60 A, 11-700 Mrągowo tel. +48 89 7410150, fax. +48 89 7417275

e-mail: starostwo@powiat.mragowo.pl;

www.powiat.mragowo.pl, www.bip.powiat.mragowo.pl

Mrągowo, z dnia 2026-02-13

Oświadczamy, że Powiat Mrągowski, z siedzibą w Mrągowie, ul. Królewiecka 60A, 11-700 Mrągowo, NIP 742 18 43 662, REGON 510742511:

1. Nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.
2. Nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Urzędu Skarbowego.

.....
(pieczętki i podpisy osób upoważnionych)



Starostwo Powiatowe w Mrągowie

ul. Królewiecka 60 A, 11-700 Mrągowo tel. +48 89 7410150, fax. +48 89 7417275

e-mail: starostwo@powiat.mragowo.pl;

www.powiat.mragowo.pl, www.bip.powiat.mragowo.pl

Mrągowo, z dnia 2026-02-13

Oświadczamy, że Powiat Mrągowski, z siedzibą w Mrągowie, ul. Królewiecka 60A, 11-700 Mrągowo, NIP 742 18 43 662, REGON 510742511:

1. Nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
2. Nie posiada zaległości w obowiązkowych wpłatach na Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....

.....
(pieczętki i podpisy osób upoważnionych)

Polskie Stowarzyszenie na rzecz
Osób z Niepełnosprawnością Inteligektualną
Koło w Mikołajkach
11-730 Mikołajki, ul. Kolejowa 13
tel. 87 421 50 75, tel./fax 87 421 99 80
NIP 742-19-86-752

OŚWIADCZENIE

Oświadczamy, że Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Inteligektualną Koło w Mikołajkach posiada numer NIP 742-19-86-752 i nie jest płatnikiem podatku od towarów i usług.

Mikołajki, dnia 30 stycznia 2026 r

PRZEWODNICZĄCA
Zarządu Koła

Krystyna Kulik

SEKRETARZ
Zarządu Koła

h

Główny Księgowy Koła

Irena Małejko

Polskie Stowarzyszenie na rzecz
Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną
Koło w Mikołajkach
11-730 Mikołajki, ul. Kolejowa 13
tel. 87 421 50 75, tel./fax 87 421 99 80
NIP 742-19-86-752

OŚWIADCZENIE

Oświadczamy, że Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Mikołajkach nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Urzędu Skarbowego.

Mikołajki, dnia 30 stycznia 2026 r

PRZEWODNICZĄCA
Zarządu Koła

Krystyna Kulik

SEKRETARZ
Zarządu Koła

Główny Księgowy Koła

Irena Możejko

Polskie Stowarzyszenie na rzecz
Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną
Koło w Mikołajkach
11-730 Mikołajki, ul. Kolejowa 13
tel. 87 421 50 75, tel./fax 87 421 99 80
NIP 742-19-86-752

OŚWIADCZENIE

Oświadczamy, że Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Mikołajkach nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i zaległości w obowiązkowych wpłatach na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Na podstawie art.21 ust. 2e Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27.08.1997 r jesteśmy zwolnieni z wpłat na rzecz PFRON.

Mikołajki, dnia 30 stycznia 2026 r

PRZEWODNICZĄCA
Zarządu Koła
Krystyna Kulik

SEKRETARZ
Zarządu Koła
[Signature]

Główny Księgowy Koła
Irena Mazurko

ZESTAWIENIE OFERT
do projektu
**„Zakup autobusu do przewozu uczestników
Warsztatu Terapii Zajęciowej w Mikołajkach”**

Rodzaj pojazdu	Ilość miejsc do przewozu osób niepełnosprawnych	Ilość miejsc na wózki	Dodatkowe wyposażenie	Koszt zakupu
Żak Mercedes Benz Sprinter	23 (autobus ma łącznie 24 miejsc)	1	Rampa najazdowa do wprowadzenia wózka z tyłu pojazdu	535.050,00
MARCUS MB Sprinter	23 (autobus ma łącznie 24 miejsc)	1	Rampa najazdowa do wprowadzenia wózka z tyłu pojazdu	555.222,00
MMI Iveco Daily	23 (autobus ma łącznie 24 miejsc)	1	Szyny najazdowe do wprowadzenia wózka z tyłu pojazdu	490.770,00

DANE POJAZDU WYBRANEGO DO REALIZACJI PROJEKTU
„Zakup autobusu do przewozu uczestników Warsztatu Terapii Zajęciowej w Mikołajkach”

Rodzaj pojazdu	Ilość miejsc do przewozu osób niepełnosprawnych	Ilość miejsc na wózki	Dodatkowe wyposażenie	Koszt zakupu
Żak Mercedes Benz Sprinter	23 (autobus ma łącznie 24 miejsc)	1	Szyny najazdowe do wprowadzenia wózka z tyłu pojazdu	535.050,00