

**UCHWAŁA NR 114/1348/2026**  
**ZARZĄDU POWIATU w MRĄGOWIE**  
**Z DNIA 18.02.2026r.**

w sprawie: wyrażenia zgody na podpisanie wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach obszaru B, C, D, F i G „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 wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach obszaru B, C, D, F i G „Programu wyrównywania różnic między regionami III” w 2026 r. wraz z załącznikami.

**§ 2.**

Wniosek, 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 6  
do Procedur realizacji  
„Programu wyrównywania  
różnic między regionami III”

Wniosek złożono w \_\_\_\_\_ PFRON  
w dniu \_\_\_\_\_

Nr sprawy: \_\_\_\_\_  
(Wypełnia PFRON)

**Wniosek**  
**o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach**  
**obszaru B, C, D, F i G**  
**„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 Jednostce samorządu**

**1. Nazwa i adres samorządu powiatowego**

Pełna nazwa: POWIAT MRĄGOWSKI  
Miejscowość: Mrągowo  
Ulica: Królewiecka  
Nr posesji: 60A  
Kod pocztowy: 11-700 Mrągowo  
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](mailto:pcpr@powiat.mragowo.pl)

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”  
adres skrzynki 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: 28Y183ES

## **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 Wniosku**

- 1) Pełnomocnictwo w przypadku, gdy Wniosek podpisany 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, starostwa powiatowego i jednostek organizacyjnych powiatu, których dotyczy Wniosek 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 i jednostek organizacyjnych powiatu, których dotyczy Wniosek 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 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                                                                                                |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Zakup samochodu 9- osobowego przystosowanego do przewozu osób niepełnosprawnych w tym na wózkach inwalidzkich |
| 2.  | Zakup samochodu 9- osobowego przystosowanego do przewozu osób niepełnosprawnych w tym na wózkach inwalidzkich |

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

| Lp. | Nazwa Projektu |
|-----|----------------|
|     |                |

5. Projekt planowany do realizacji przez samorząd powiatowy w ramach obszaru G programu (część 2G Wniosku):

| 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) 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.

1) Niepełnosprawni ogółem: \_\_\_\_\_

2) Niepełnosprawni do 18 roku życia: \_\_\_\_\_

## 5. Koszt realizacji projektu

1) Łączny koszt realizacji projektu: \_\_\_\_\_ zł,  
słownie złotych: \_\_\_\_\_

2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu: \_\_\_\_\_ zł,  
słownie złotych: \_\_\_\_\_

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

- 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 uzupełniające

---

---

---

---

---

## 8. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2B Wniosku

- 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) Dokument potwierdzający tytuł prawny do budynku  
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)  
**Wypełnia PFRON**  
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)  
Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_
- 4) Pozwolenie na budowę (jeśli dotyczy)  
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)  
**Wypełnia PFRON**  
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)  
Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

- 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 (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

- 6) Kopia dokumentu potwierdzającego rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku: Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

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 (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

- 8) 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 Wniosku:

\_\_\_\_\_  
podpis pracownika PFRON i data

## **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) 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 z niepełnosprawnościami, 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: \_\_\_\_\_

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

- 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 uzupełniające

---

---

---

---

---

## 8. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2C Wniosku

- 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) Zgoda właściciela budynku na realizację zadań będących przedmiotem projektu (jeśli dotyczy)  
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)  
**Wypełnia PFRON**  
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)  
Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

- 4) Pozwolenie na budowę (jeśli dotyczy)

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

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 (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

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 (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

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

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

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 (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2C Wniosku:

\_\_\_\_\_  
podpis pracownika PFRON i data

## **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):

**Zakup samochodu 9 - osobowego przystosowanego do przewozu  
osób niepełnosprawnych w tym na wózkach inwalidzkich.**

- 2) Nazwa Projektodawcy:

Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych

- 3) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy): Mrągowo,  
ul. Młodkowskiego 19, 11-700 Mrągowo

- 4) NIP: 742-10-33-615;

- 5) Nr identyfikacyjny PFRON: 28Y0705C0;

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

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT: art. 43 ust. 1 pkt 22 ustawy o VAT (usługi pomocy społecznej świadczone przez uprawnione podmioty)

- 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: nie dotyczy

- 7) Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu): Celem projektu w ramach obszaru D programu, jest wyrównanie szans osób niepełnosprawnych, będących adresatami programu, w dostępie do rehabilitacji zawodowej i społecznej, swobodnego poruszania i przemieszczania się poprzez likwidację barier transportowych, utrudniających im funkcjonowanie w codziennym życiu. Jednym z warunków rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych mających różnego rodzaju trudności w przemieszczaniu się, jest umożliwienie tym osobom dostępu m.in. do szkoły, placówek służby zdrowia, zabiegów rehabilitacyjnych, urzędów, placówek kulturalno-oświatowych i innych jednostek w ramach integracji społecznej. Mieszkańcy Domu stanowią grupę bardzo zróżnicowaną nie tylko pod względem rodzaju i zakresu niepełnosprawności, lecz także pod względem obniżenia sprawności motorycznej, która utrudnia, ogranicza i uniemożliwia poruszanie się, co ma wpływ na wykonywanie czynności życia codziennego. Realizacja statutowych warunków dostępności do rehabilitacji

społecznej i medycznej mieszkańców Domu z powodu dysfunkcji narządu ruchu, możliwa jest poprzez zapewnienie środka transportu, który umożliwi im poruszanie i przemieszczanie w warunkach bezpiecznych i komfortowych.

- 8) Planowana liczba osób z niepełnosprawnościami, których dotyczy projekt: **95**, w tym planowana liczba dzieci z niepełnosprawnościami: **24**.
- 9) Nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem: Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych w Mrągowie
- 10) Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): Mrągowo, ul. Młodkowskiego 19, 11-700 Mrągowo, warmińsko-mazurskie
- 11) NIP (należy wypełnić, jeżeli posiada): 742-10-33-615
- 12) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić, jeżeli posiada): 28Y0705C0

## **2. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu**

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

- 1) Nazwa placówki służącej rehabilitacji / warsztatu terapii zajęciowej / gminy lub powiatu, która będzie korzystać z pojazdu: Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej w Mrągowie
- 2) Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (dzień/miesiąc/rok): 01.03. 1990 r.
- 3) Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): Mrągowo, ul. Młodkowskiego 19, 11-700 Mrągowo, warmińsko-mazurskie
- 4) NIP (należy wypełnić jeżeli posiada): 742-10-33-615
- 5) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić jeżeli posiada): 28Y0705C0
- 6) Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu:

Dom jest placówką przeznaczoną dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. Przebywa w nim 95 osób. Dom na poziomie obowiązującego standardu świadczy swoim niepełnosprawnym mieszkańcom usługi bytowe i mieszkaniowe (wyżywienie, odzież i obuwie, utrzymanie czystości), opiekuńcze (pomoc w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnacji i pomocy w załatwianiu spraw osobistych), wspomagających (udział w terapii zajęciowej, podnoszenie sprawności i aktywizowanie mieszkańców, zaspakajanie potrzeb religijnych i kulturalnych), potrzeby edukacji (pobieranie nauki, uczestnictwo w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych). Posiadamy dwa samochody przystosowane do przewozu osób niepełnosprawnych. Pierwszy z 2005 r. – przystosowany do przewozu 8 niepełnosprawnych osób, w tym dwóch wózków, plus kierowca. Drugi z 2015 r. - Opel Vivaro przystosowany do przewozu 9 niepełnosprawnych osób, w tym dwóch wózków, plus kierowca. Samochód marki VW Transporter z 2005 r., nie zabezpiecza w wystarczającym stopniu potrzeb 95 niepełnosprawnych mieszkańców DPS, natomiast samochód Opel Vivaro nie spełnia swojej funkcji w związku z nieustającymi

usterkami. Od samego zakupu samochód wielokrotnie był serwisowany w ramach gwarancji praktycznie od roku 2016 nie możliwa jest naprawa układu klimatyzacji w związku z niemożnością znalezienia przyczyny wycieku freonu. Mimo regularnego serwisowania pojazdu bardzo często dochodzi do usterek, a co za tym idzie ciągłych napraw. Bariery te powodują ograniczenia w prawidłowym wykonywaniu zadań statutowych na rzecz niepełnosprawnych mieszkańców, głównie w zakresie przewozu do placówek leczniczych, rehabilitacyjnych oraz w ramach integracji społecznej. W obecnej sytuacji jesteśmy ograniczeni transportowo w możliwości bardziej aktywnego, bezpiecznego oraz komfortowego zaspokajania potrzeb oraz wyrównywania szans osób niepełnosprawnych. Realizacja zadań wpływanie na komfort, bezpieczeństwo i wygodę przewożonych osób niepełnosprawnych oraz pełne zaspokojenie potrzeb transportowych Domu.

### **3. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych**

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

Mieszkańcy „Domu” korzystają z przewozów praktycznie codziennie.

Do podstawowych przewozów należy:

- dowożenie do placówek szkolno – wychowawczych ( 6 mieszkańców do szkoły w Kruzach),
- dowożenie do placówek służby zdrowia na terenie miasta, województwa jak również do specjalistów na terenie całego kraju,
- dowożenia do poradni rehabilitacyjnych,
- wyjazdy do placówek kulturalno – oświatowych ( kina, teatru itp.),
- wyjazdy na spotkania integracyjne mieszkańców „Domu” z innymi jednostkami,
- wyjazdy na wypoczynek letni (kolonie, obozy ),
- wyjazdy na turnieje sportowe,
- wyjazdy na wycieczki krajoznawcze, poznawanie przyrody ( las, jezioro),
- wyjazdy do urzędów,
- dostęp do życia religijnego.

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych jest Domem stacjonarnym, zapewniającym całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym intelektualnie z różnego rodzaju trudnościami w poruszaniu się, spowodowanymi licznymi zaburzeniami motoryczno- ruchowymi. Podstawowym zadaniem Domu jest zapewnienie kompleksowego

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”  
wsparcia bytowego, opiekuńczego, wspomagającego, edukacyjnego dla 95 mieszkańców,  
w tym:

- osoby powyżej 18 roku życia – 72 z tego poruszający się na wózkach inwalidzkich 27,
- osoby poniżej 18 roku życia - 23 z tego poruszający się na wózkach inwalidzkich 2.

W celu wyeliminowania barier transportowych, Dom posiada 2 samochody przystosowane do przewozu osób niepełnosprawnych.

Pierwszy z 2005r. VW Transporter , drugi z 2015 r. Opel Vivaro – oba samochody wykorzystywane są na wszystkie trasy wg potrzeb, tj. wyjazdy odwiezienie i przywiezienie 6 mieszkańców, kilka razy w miesiącu - szkoła w Kruzach. 1 osoba realizuje obowiązek szkolny w Zespole Szkół Specjalnych w Mrągowie, dojazd do szkoły odbywa się komunikacją miejską, lecz w okresie jesienno- zimowym z powodu złych warunków atmosferycznych odwożone i odbierane są transportem własnym. Dom organizuje wyjazdy integracyjne w ramach integracji społecznej do zaprzyjaźnionych Domów w Jezioranach, Nowej Wsi Etckiej, Mikołajkach, Giżycku, Olsztynie, Nasielsku. Co rocznie 8 mieszkańców Domu wraz z opiekunami wyjeżdża na turniej piłkarski Seni Cup. Dom organizuje dla swoich mieszkańców letni wypoczynek – wyjazd nad polskie morze, jeziora i lasy. Aktywnie uczestniczą w życiu społecznym na terenie całego województwa, wyjeżdżają na liczne imprezy kulturalne : kino, basen itp. W ciągu roku są przewożeni do poradni rehabilitacyjnych i poradni specjalistycznych, szpitali, na terenie województwa i nie tylko .

Zakup nowego samochodu przystosowanego do przewozu osób niepełnosprawnych zaspokoi potrzeby transportowe Domu, podniesie poziom świadczonych usług oraz zapewni komfort i bezpieczeństwo.

Dane za cały rok 2025 – ilość przewiezionych osób niepełnosprawnych

#### OPEL VIVARO:

Przebieg km – 9 010 km

Przewieziono 139 osób niepełnosprawnych bez wózka

Przewieziono 23 osoby niepełnosprawne na wózkach

-----  
Razem przewieziono 162 osoby niepełnosprawne

#### VOLKSWAGEN:

Przebieg km – 4 748 km

Przewieziono 80 osób niepełnosprawnych bez wózka

Przewieziono 41 osób niepełnosprawnych na wózkach

-----  
Razem przewieziono 121 osób niepełnosprawnych

## 5. Harmonogram realizacji projektu

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok): 01.06.2026 r.

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):5 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: **2**, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: **2**;
  - b) Liczba autobusów: nie dotyczy, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: nie dotyczy.
- 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: **95**, w tym osoby pełnoletnie: **72** i osoby do 18 roku życia: **23**;
  - b) Osoby z niepełnosprawnościami na wózkach łącznie: **29**, w tym osoby pełnoletnie na wózkach: **27** i osoby do 18 roku życia na wózkach: **2**
- 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: **27 087,15 zł**
- 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: **2**
  - b) Warsztaty terapii zajęciowej: **1**

## 7. Koszt realizacji projektu

- 1) łączny koszt realizacji projektu: 180 581,00 zł, słownie złotych: sto osiemdziesiąt tysięcy pięćset osiemdziesiąt jeden złotych 00/100
- 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu: 27 087,15 zł, słownie złotych: dwadzieścia siedem tysięcy osiemdziesiąt siedem złotych 15/100
- 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: 153 493,85 zł, słownie złotych: sto pięćdziesiąt trzy tysiące czterysta dziewięćdziesiąt trzy złote 85/100

## 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 uzupełniające

Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych w Mrągowie, w celu zaspokajania barier transportowych mieszkańców Domu posiada dwa samochody przystosowane do przewozu osób niepełnosprawnych. Pierwszy VW Transporter z 2005r. (20 letni), drugi Opel Vivaro 2015r. (10letni). Oba samochody wykorzystywane są do przewozu osób niepełnosprawnych. VW Transporter mimo 20 lat użytkowania oprócz planowanych i czasowych wymian – filtry, oleje, wymiana klocków hamulcowych, tarcz nie wymaga innych napraw, ma sprawną klimatyzację, sprawny układ paliwowy, wspomaganie kierownicy zadbane lakier bez korozji i czyste wnętrze. Drugi samochód Opel Vivaro zakupiony w roku 2015r. od zakupu miał usterkę układu klimatyzacji, która była serwisowana w salonie na gwarancji, po upływie okresu gwarancyjnego praktycznie co roku był diagnozowany przez różnego rodzaju salony specjalizujące się w naprawie klimatyzacji, niestety żaden z salonów nie znalazł przyczyny wycieku gazu freon, wymieniono również chłodnice i po mimo wszystko klimatyzacja jest sprawna. Następnie wymieniane zostały amortyzatory i zaciski hamulców które zardzewiały w 7 letnim samochodzie, następnie wymieniana została sprężyna zawieszenia, która pękła i dodatkowo łączniki stabilizatora. W styczniu 2025 roku samochód ponownie trafił do warsztatu z powodu utraty mocy, do diagnozy dokonano płukania układu paliwowego i pompowtryskiwaczy. Niestety obawiamy się awarii pompowtryskiwaczy i bardzo kosztownej naprawy.

Ze względów ekonomicznych, komfortu oraz bezpieczeństwa podróżujących nie zasadne jest dalsze inwestowanie w/w pojazd (Opel Vivaro), jednocześnie nie możemy ograniczać Naszych mieszkańców w szeroko rozumianym życiu i integracji społecznej. Stąd wynika potrzeba zakupu nowego pojazdu dla potrzeb Naszego Domu.

## 10. 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 (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wniosku:

\_\_\_\_\_  
podpis pracownika PFRON i data

## **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):

**Zakup samochodu 9 - osobowego przystosowanego do przewozu  
osób niepełnosprawnych w tym na wózkach inwalidzkich.**

2) Nazwa Projektodawcy:

Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych

3) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy): Mrągowo,  
ul. Młodkowskiego 19, 11-700 Mrągowo

4) NIP: 742-10-33-615;

5) Nr identyfikacyjny PFRON: 28Y0705C0;

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

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT: art. 43 ust. 1 pkt 22 ustawy o VAT (usługi pomocy społecznej świadczone przez uprawnione podmioty)

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: nie dotyczy

7) Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu): Celem projektu w ramach obszaru D programu, jest wyrównanie szans osób niepełnosprawnych, będących adresatami programu, w dostępie do rehabilitacji zawodowej i społecznej, swobodnego poruszania i przemieszczania się poprzez likwidację barier transportowych, utrudniających im funkcjonowanie w codziennym życiu. Jednym z warunków

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych mających różnego rodzaju trudności w przemieszczaniu się, jest umożliwienie tym osobom dostępu m.in. do szkoły, placówek służby zdrowia, zabiegów rehabilitacyjnych, urzędów, placówek kulturalno-oświatowych i innych jednostek w ramach integracji społecznej. Mieszkańcy Domu stanowią grupę bardzo zróżnicowaną nie tylko pod względem rodzaju i zakresu niepełnosprawności, lecz także pod względem obniżenia sprawności motorycznej, która utrudnia, ogranicza i uniemożliwia poruszanie się, co ma wpływ na wykonywanie czynności życia codziennego. Realizacja statutowych warunków dostępności do rehabilitacji społecznej i medycznej mieszkańców Domu z powodu dysfunkcji narządu ruchu, możliwa jest poprzez zapewnienie środka transportu, który umożliwi im poruszanie i przemieszczanie w warunkach bezpiecznych i komfortowych.

- 8) Planowana liczba osób z niepełnosprawnościami, których dotyczy projekt: **95**, w tym planowana liczba dzieci z niepełnosprawnościami: **24**.
- 9) Nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem: Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych w Mrągowie
- 10) Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): Mrągowo, ul. Młodkowskiego 19, 11-700 Mrągowo, warmińsko-mazurskie
- 11) NIP (należy wypełnić, jeżeli posiada): 742-10-33-615
- 12) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić, jeżeli posiada): 28Y0705C0

## **2. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu**

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

- 1) Nazwa placówki służącej rehabilitacji / warsztatu terapii zajęciowej / gminy lub powiatu, która będzie korzystać z pojazdu: Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej w Mrągowie
- 2) Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (dzień/miesiąc/rok): 01.03. 1990 r.
- 3) Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): Mrągowo, ul. Młodkowskiego 19, 11-700 Mrągowo, warmińsko-mazurskie
- 4) NIP (należy wypełnić jeżeli posiada): 742-10-33-615
- 5) Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić jeżeli posiada): 28Y0705C0
- 6) Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu:

Dom jest placówką przeznaczoną dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. Przebywa w nim 95 osób. Dom na poziomie obowiązującego standardu świadczy swoim niepełnosprawnym mieszkańcom usługi bytowe i mieszkaniowe (wyżywienie, odzież i obuwie, utrzymanie czystości), opiekuńcze (pomoc w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnacji i pomocy w załatwianiu spraw osobistych), wspomagających (udział w terapii zajęciowej, podnoszenie sprawności

**Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**  
**Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”**

i aktywizowanie mieszkańców, zaspokajanie potrzeb religijnych i kulturalnych), potrzeby edukacji (pobieranie nauki, uczestnictwo w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych). Posiadamy dwa samochody przystosowane do przewozu osób niepełnosprawnych. Pierwszy z 2005 r. – przystosowany do przewozu 8 niepełnosprawnych osób, w tym dwóch wózków, plus kierowca. Drugi z 2015 r. - Opel Vivaro przystosowany do przewozu 9 niepełnosprawnych osób, w tym dwóch wózków, plus kierowca. Samochód marki VW Transporter z 2005 r., nie zabezpiecza w wystarczającym stopniu potrzeb 95 niepełnosprawnych mieszkańców DPS, natomiast samochód Opel Vivaro nie spełnia swojej funkcji w związku z nieustającymi usterkami. Od samego zakupu samochód wielokrotnie był serwisowany w ramach gwarancji praktycznie od roku 2016 nie możliwa jest naprawa układu klimatyzacji w związku z niemożnością znalezienia przyczyny wycieku freonu. Mimo regularnego serwisowania pojazdu bardzo często dochodzi do usterek, a co za tym idzie ciągłych napraw. Bariery te powodują ograniczenia w prawidłowym wykonywaniu zadań statutowych na rzecz niepełnosprawnych mieszkańców, głównie w zakresie przewozu do placówek leczniczych, rehabilitacyjnych oraz w ramach integracji społecznej. W obecnej sytuacji jesteśmy ograniczeni transportowo w możliwości bardziej aktywnego, bezpiecznego oraz komfortowego zaspokajania potrzeb oraz wyrównywania szans osób niepełnosprawnych. Realizacja zadań wpływanie na komfort , bezpieczeństwo i wygodę przewożonych osób niepełnosprawnych oraz pełne zaspokojenie potrzeb transportowych Domu.

### **3. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych**

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

Mieszkańcy „Domu” korzystają z przewozów praktycznie codziennie.

Do podstawowych przewozów należą:

- dowożenie do placówek szkolno – wychowawczych ( 6 mieszkańców do szkoły w Kruzach),
- dowożenie do placówek służby zdrowia na terenie miasta, województwa jak również do specjalistów na terenie całego kraju,
- dowożenia do poradni rehabilitacyjnych,
- wyjazdy do placówek kulturalno – oświatowych ( kina, teatru itp.),
- wyjazdy na spotkania integracyjne mieszkańców „Domu” z innymi jednostkami,
- wyjazdy na wypoczynek letni (kolonie, obozy ),
- wyjazdy na turnieje sportowe,
- wyjazdy na wycieczki krajoznawcze, poznawanie przyrody ( las, jezioro),
- wyjazdy do urzędów,
- dostęp do życia religijnego.

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych jest Domem stacjonarnym, zapewniającym całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym intelektualnie z różnego rodzaju trudnościami w poruszaniu się, spowodowanymi licznymi zaburzeniami motoryczno- ruchowymi. Podstawowym zadaniem Domu jest zapewnienie kompleksowego wsparcia bytowego, opiekuńczego, wspomagającego, edukacyjnego dla 95 mieszkańców, w tym:

- osoby powyżej 18 roku życia – 72 z tego poruszający się na wózkach inwalidzkich 27,
- osoby poniżej 18 roku życia - 23 z tego poruszający się na wózkach inwalidzkich 2.

W celu wyeliminowania barier transportowych, Dom posiada 2 samochody przystosowane do przewozu osób niepełnosprawnych.

Pierwszy z 2005r. VW Transporter , drugi z 2015 r. Opel Vivaro – oba samochody wykorzystywane są na wszystkie trasy wg potrzeb, tj. wyjazdy odwiezienie i przywiezienie 6 mieszkańców, kilka razy w miesiącu - szkoła w Kruzach. 1 osoba realizuje obowiązek szkolny w Zespole Szkół Specjalnych w Mrągowie, dojazd do szkoły odbywa się komunikacją miejską, lecz w okresie jesienno- zimowym z powodu złych warunków atmosferycznych odwożone i odbierane są transportem własnym. Dom organizuje wyjazdy integracyjne w ramach integracji społecznej do zaprzyjaźnionych Domów w Jezioranach, Nowej Wsi Elckiej, Mikołajkach, Giżycku, Olsztynie, Nasielsku. Co rocznie 8 mieszkańców Domu wraz z opiekunami wyjeżdża na turniej piłkarski Seni Cup. Dom organizuje dla swoich mieszkańców letni wypoczynek – wyjazd nad polskie morze, jeziora i lasy. Aktywnie uczestniczą w życiu społecznym na terenie całego województwa, wyjeżdżają na liczne imprezy kulturalne : kino, basen itp. W ciągu roku są przewożeni do poradni rehabilitacyjnych i poradni specjalistycznych, szpitali, na terenie województwa i nie tylko .

Zakup nowego samochodu przystosowanego do przewozu osób niepełnosprawnych zaspokoi potrzeby transportowe Domu, podniesie poziom świadczonych usług oraz zapewni komfort i bezpieczeństwo.

Dane za cały rok 2025 – ilość przewiezionych osób niepełnosprawnych

##### **OPEL VIVARO:**

Przebieg km – 9 010 km

Przewieziono 139 osób niepełnosprawnych bez wózka

Przewieziono 23 osoby niepełnosprawne na wózkach

-----  
Razem przewieziono 162 osoby niepełnosprawne

##### **VOLKSWAGEN:**

Przebieg km – 4 748 km

Przewieziono 80 osób niepełnosprawnych bez wózka

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”  
Przewieziono 41 osób niepełnosprawnych na wózkach

-----  
Razem przewieziono 121 osób niepełnosprawnych

## **5. Harmonogram realizacji projektu**

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok): 01.06.2026 r.

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): 5 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:
  - c) Liczba mikrobusów: **2**, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: **2**;
  - d) Liczba autobusów: nie dotyczy, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: nie dotyczy.
- 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:
  - c) Osoby z niepełnosprawnościami łącznie: **95**, w tym osoby pełnoletnie: **72** i osoby do 18 roku życia: **23**;
  - d) Osoby z niepełnosprawnościami na wózkach łącznie: **29**, w tym osoby pełnoletnie na wózkach: **27** i osoby do 18 roku życia na wózkach: **2**
- 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: **27 087,15 zł**
- 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:
  - c) Placówki służące rehabilitacji: **2**
  - d) Warsztaty terapii zajęciowej: **1**

## 7. Koszt realizacji projektu

- 1) Łączny koszt realizacji projektu: 180 581,00 zł, słownie złotych: sto osiemdziesiąt tysięcy pięćset osiemdziesiąt jeden złotych 00/100
- 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu: 27 087,15 zł, słownie złotych: dwadzieścia siedem tysięcy osiemdziesiąt siedem złotych 15/100
- 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: 153 493,85 zł, słownie złotych: sto pięćdziesiąt trzy tysiące czterysta dziewięćdziesiąt trzy złote 85/100

## 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 uzupełniające

Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych w Mrągowie, w celu zaspokajania barier transportowych mieszkańców Domu posiada dwa samochody przystosowane do przewozu osób niepełnosprawnych. Pierwszy VW Transporter z 2005r. (20 letni), drugi Opel Vivaro 2015r. (10letni). Oba samochody wykorzystywane są do przewozu osób niepełnosprawnych. VW Transporter mimo 20 lat użytkowania oprócz planowanych i czasowych wymian – filtry, oleje, wymiana klocków hamulcowych, tarcz nie wymaga innych napraw, ma sprawną klimatyzację, sprawny układ paliwowy, wspomaganie kierownicy zadbane lakier bez korozji i czyste wnętrze. Drugi samochód Opel Vivaro zakupiony w roku 2015r. od zakupu miał usterkę układu klimatyzacji, która była serwisowana w salonie na gwarancji, po upływie okresu gwarancyjnego praktycznie co roku był diagnozowany przez różnego rodzaju salony specjalizujące się w naprawie klimatyzacji, niestety żaden z salonów nie znalazł przyczyny wycieku gazu freon, wymieniono również chłodziwo i po mimo wszystko klimatyzacja jest sprawna. Następnie wymieniane zostały amortyzatory i zaciski hamulców które zardzewiały w 7 letnim samochodzie, następnie wymieniana została sprężyna zawieszenia, która pękła i dodatkowo łączniki stabilizatora. W styczniu 2025 roku samochód ponownie trafił do warsztatu z powodu utraty mocy, do diagnozy dokonano płukania układu paliwowego i pompowtryskiwaczy. Niestety obawiamy się awarii pompowtryskiwaczy i bardzo kosztownej naprawy.

Ze względów ekonomicznych, komfortu oraz bezpieczeństwa podróżujących nie zasadne jest dalsze inwestowanie w/w pojazd (Opel Vivaro), jednocześnie nie możemy ograniczać Naszych mieszkańców w szeroko rozumianym życiu i integracji

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”  
społecznej. Stąd wynika potrzeba zakupu nowego pojazdu dla potrzeb Naszego  
Domu.

## **10. 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 (windą, 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 Wniosku:

\_\_\_\_\_  
podpis pracownika PFRON i data

## **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):

---

---

---

---

---

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

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 niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: \_\_\_\_\_, w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: \_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 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: \_\_\_\_\_  
zł, słownie złotych: \_\_\_\_\_
- 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu: \_\_\_\_\_  
zł, słownie złotych: \_\_\_\_\_

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

- 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: \_\_\_\_\_

## 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 uzupełniające

---

---

---

---

---

## 9. 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 marce 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej  
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 – 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: \_\_\_\_\_
- 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 (wybierz właściwe)

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

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 (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

- 5) 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: \_\_\_\_\_

- 6) Dokument potwierdzający tytuł prawny do budynku

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

- 7) Pozwolenie na budowę (jeśli dotyczy)

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

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 (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wniosku:

\_\_\_\_\_  
podpis pracownika PFRON i data

## **Część 2G Wniosku: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru G programu**

### **1. Opis projektu**

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

---

---

---

- 2) Nazwa Jednostki samorządu powiatowego realizującej obszar G:

---

---

- 3) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy):

---

---

---

- 4) NIP: \_\_\_\_\_;

- 5) Nr identyfikacyjny PFRON: \_\_\_\_\_;

- 6) Imię, nazwisko i numer telefonu osoby do kontaktu:

---

---

- 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) Uzasadnienie potrzeby skierowania do powiatu dodatkowych środków na zadania  
dotyczące aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami zawierające  
informację o planowanym sposobie ich wydatkowania (w przypadku obszernego  
opisu – w załączeniu)

---

---

---

### **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

- 1) liczba osób niepełnosprawnych zarejestrowanych jako bezrobotne lub poszukujące pracy na terenie powiatu, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia przez samorząd powiatowy wniosku o dofinansowanie,
- 2) wysokość środków zaplanowanych przez powiat na zadania dotyczące aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych, na rok złożenia wniosku o dofinansowanie.

### 5. Koszt realizacji projektu

- 1) Środki PFRON przekazywane algorytmem zabezpieczone w planie finansowym powiatu na realizację zadań dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w roku realizacji projektu: \_\_\_\_\_ zł,  
słownie złotych: \_\_\_\_\_
- 2) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: \_\_\_\_\_ zł,  
słownie złotych: \_\_\_\_\_
- 3) Wnioskowana kwota na obsługę (2,5% od kwoty w pkt 2): \_\_\_\_\_ zł,  
słownie złotych: \_\_\_\_\_

### 6. Informacje uzupełniające

---

---

---

---

---

### 7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2G Wniosku

Dokument potwierdzający wysokość środków algorytmu zabezpieczonych w planie finansowym powiatu na realizację zadań własnych dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: \_\_\_\_\_

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2G Wniosku:

\_\_\_\_\_  
podpis pracownika PFRON i data

### **Oświadczenia samorządu powiatowego**

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 Jednostka samorządu 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.

\_\_\_\_\_  
(miejscowość i data)

\_\_\_\_\_  
Podpis

\_\_\_\_\_  
Podpis

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji samorządu powiatowego i zaciągania  
zobowiązań finansowych



# 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](mailto:starostwo@powiat.mragowo.pl);

[www.powiat.mragowo.pl](http://www.powiat.mragowo.pl), [www.bip.powiat.mragowo.pl](http://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](mailto:starostwo@powiat.mragowo.pl);

[www.powiat.mragowo.pl](http://www.powiat.mragowo.pl), [www.bip.powiat.mragowo.pl](http://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](mailto:starostwo@powiat.mragowo.pl);

[www.powiat.mragowo.pl](http://www.powiat.mragowo.pl), [www.bip.powiat.mragowo.pl](http://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](mailto:starostwo@powiat.mragowo.pl);

[www.powiat.mragowo.pl](http://www.powiat.mragowo.pl), [www.bip.powiat.mragowo.pl](http://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)

Dom Pomocy Społecznej  
dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych  
ul. Młodkowskiego 19, 11-700 Mrągowo

### OŚWIDCZENIE

Oświadczam, że Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych nie posiada wymaganych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Mrągowo 28.01.2026 r.

Dom Pomocy Społecznej  
dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych  
11-700 Mrągowo, ul. Młodkowskiego 19  
tel./fax 89 741 60 66, 741 26 63  
REGON 00447703, NIP 742 142 61

DYREKTOR  
  
mgr Jolanta Twancka

Dom Pomocy Społecznej  
dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych  
ul. Młodkowskiego 19, 11-700 Mrągowo

### OŚWIDCZENIE

Oświadczam, że Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych nie posiada wymaganych zobowiązań wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Urzędu Skarbowego.

Mrągowo 28.01.2026 r.

Dom Pomocy Społecznej  
dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych  
11-700 Mrągowo, ul. Młodkowskiego 19  
tel. 85 65 22 22, 20 00 00 00, 20 00 00 00  
e-mail: dom.pomocy.spolecznej@mrągowo.pl

**DYREKTOR**  
*[Signature]*  
mgr Jolanta Iwanicka

Dom Pomocy Społecznej  
dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych  
ul. Młodkowskiego 19, 11-700 Mrągowo

### OŚWIDCZENIE

Oświadczam, że Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych posiada nr NIP 7421033615 i nie jest płatnikiem podatku od towarów i usług.

Mrągowo 28.01.2026 r.

Dom Pomocy Społecznej  
dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych  
11-700 Mrągowo, ul. Młodkowskiego 19  
tel./fax 89 741 60 09 741 09 00  
REGON 141443331

DYREKTOR  
*Jolanta Iwanicka*  
mgr Jolanta Iwanicka

## ZESTAWIENIE OFERT

do projektu

**„Zakup samochodu 9 - osobowego przystosowanego do przewozu osób niepełnosprawnych w tym na wózkach inwalidzkich.” Dla Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych w Mrągowie.**

| Rodzaj pojazdu              | Ilość miejsc do przewozu osób niepełnosprawnych | Ilość miejsc na wózki | Dodatkowe wyposażenie                                | Koszt zakupu |
|-----------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------|--------------|
| Toyota Proace Verso – MC 24 | 9                                               | 1                     | Podjazdy na wózek inwalidzki, pasy utrzymujące wózek | 180 581,00   |
| Renault Trafic Combi        | 9                                               | 1                     | Podjazdy na wózek inwalidzki, pasy utrzymujące wózek | 187 000,00   |
| Volkswagen Carvelle         | 9                                               | 1                     | Podjazdy na wózek inwalidzki, pasy utrzymujące wózek | 200 826,00   |

DANE POJAZDU WYBRANEGO DO REALIZACJI PROJEKTU

**„Zakup samochodu 9 - osobowego przystosowanego do przewozu osób niepełnosprawnych w tym na wózkach inwalidzkich.” Dla Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych w Mrągowie.**

| Rodzaj pojazdu                 | Ilość miejsc do przewozu osób niepełnosprawnych | Ilość miejsc na wózki | Dodatkowe wyposażenie                                | Koszt zakupu |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------|--------------|
| Toyota Proace Verso<br>– MC 24 | 9                                               | 1                     | Podjazdy na wózek inwalidzki, pasy utrzymujące wózek | 180 581,00   |