## PROJEKT

##  o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach obszaru G -

**skierowanie do powiatów poza algorytmem dodatkowych środków na finansowanie zadań ustawowych dotyczących rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych**

**1. Nazwa i adres Jednostki samorządu powiatowego (projektodawcy)**

|  |
| --- |
| Pełna nazwa: .............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |
|  |  |  |  |
| Miejscowość | Ulica | Nr posesji | Kod pocztowy |
|  |  |  |  |
| Gmina  | Powiat  | Województwo | Imię Nazwisko osoby do kontaktu |
|  |  |  |
| Nr telefonu osoby do kontaktu | adres http://www | e-mail |

2. Osoby uprawnione do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczątka imienna)*podpis ............................................................ | *(pieczątka imienna)*podpis ............................................................ |

**3. Informacje o Projektodawcy**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Nr identyfikacyjny NIP | Numer identyfikacyjny PFRON |
| Czy Projektodawca jest podatnikiem VAT: tak nie podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT ..........................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………… |
| Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak nie podstawa prawna: .................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………… |

**4. Opis projektu**

|  |
| --- |
| Nazwa projektu:............................................................................................................................................................... |
| Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |
| Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: ………….… |
| Uzasadnienie potrzeby skierowania do powiatu dodatkowych środków na zadania dotyczące aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych zawierające informację o planowanym sposobie ich wydatkowania (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

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

|  |
| --- |
| (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)...............................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

6. Harmonogram realizacji projektu

|  |
| --- |
| Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok): ..............................................Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): ....................................................................................... |

### 7. 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 jednostkę wniosku o dofinansowanie
 |  |
| 1. wysokość środków zaplanowanych przez powiat na zadania dotyczące aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych, na rok złożenia wniosku o dofinansowanie
 |  |

**8. Koszt realizacji projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| A. | Środki PFRON przekazywane algorytmem zabezpieczone w planie finansowym powiatu na realizację zadań dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w roku realizacji projektu: .................................................................................................................................................. złsłownie złotych: .........................................................................................................................  |
| B. | Wnioskowana kwota ze środków PFRON: ................................................................................... złsłownie złotych: ...........................................................................................................................  |
| C. | Wnioskowana kwota na obsługę (2,5 % od kwoty z pozycji B): ……………………………………… złsłownie złotych: ……………………………………………………………………………………………  |

**9. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| ............................................................................................................................................................... |

**10. Załączniki (dokumenty) wymagane do części G Projektu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wniosku** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PCPR)*** |
| 1. | Dokument potwierdzający wysokość środków algorytmu zabezpieczonych w planie finansowym powiatu na realizację zadań własnych dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych  |  |  |  |  |
| 2. | Dokument potwierdzający uprawnienia projektodawcy do zaciągania zobowiązań finansowych (pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania Projektodawcy) |  |  |  |  |
| 3. | Aktualny dokument potwierdzający status prawny projektodawcy |  |  |  |  |
| 4. | Oświadczenie dotyczące jednostki organizacyjnej, której dotyczy wniosek o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników |  |  |  |  |
| 5. | Oświadczenie dotyczące jednostki organizacyjnej, której dotyczy wniosek o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków |  |  |  |  |
| 6. | Oświadczenie o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON  |  |  |  |  |

***Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:***

*pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR*

 *data, podpis:*

#### Oświadczenia Projektodawcy

**Oświadczam**, że podane w Projekcie informacje są zgodne z prawdą.

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

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

**Oświadczam**, że dokumenty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego projektu zostały zweryfikowane pod względem formalnym i merytorycznym.

Uwaga!

1. Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Projekt z dalszego rozpatrywania.
2. Nie mogą być dofinansowane koszty związane z przygotowaniem niniejszego projektu.
3. Przy udzielaniu dofinansowań ze środków otrzymanych w ramach obszaru G stosuje się odpowiednio postanowienia art. 11, 12a, 13, 26, 26d, 26e, 26g, 40 oraz art. 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz odpowiednio akty wykonawcze do wyżej wymienionej ustawy.

Wnioskuję o dofinansowanie w/w projektu

................................................... dnia ................................. r.

 ......................................................... ......................................................................

 *pieczątka imienna pieczątka imienna*

*podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych*

**Pouczenie:**

*W Projekcie należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać* ***„Nie dotyczy”****.*

*W przypadku, gdy w formularzu 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.*