|  |
| --- |
| 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**

|  |
| --- |
| Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wystąpienia):....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... |
| Nazwa Projektodawcy:......................................................................................................................Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy)*..........................................................................* NIP ............................... ; Nr 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:........................................................................................................... |
| Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):.............................................................................................................................................................................................................................................................................. |
| Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: …w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: … |

|  |
| --- |
| Nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem:....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ....................................................................................................................................... .......................................................................................................................................NIP ......................... Nr identyfikacyjny PFRON \* ........................ \*należy wypełnić jeżeli posiada |

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

|  |
| --- |
| w przypadku obszernego opisu – w załączeniuNazwa placówki służącej rehabilitacji / warsztatu terapii zajęciowej / gminy, która będzie korzystać z pojazdu: ….................................................................................................... ....................................................................................................................................... Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (dzień/ miesiąc/rok) ....................................................................................................................................... Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ..................................................................................................................................... NIP....................\* Nr identyfikacyjny PFRON\* ..................... \*należy wypełnić jeżeli posiada**Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu:**.............................................................................................................................................................................................................................................................................. |

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

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

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

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

**5. Harmonogram realizacji projektu**

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

**6. Wartość wskaźników bazowych**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. liczba pojazdów (w rozbiciu na mikrobusy-pojazdy o liczbie miejsc 9 łącznie z kierowcą i autobusy) wykorzystywanych do przewozu osób niepełnosprawnych będących w posiadaniu beneficjenta, w tym pojazdów przystosowanych do przewozu osób na wózkach inwalidzkich, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie
 | **Liczba mikrobusów** ......................................**,**  **w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach** .......................................... **Liczba autobusów** ........................................**, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach** ................................................... |
| 1. liczba osób niepełnosprawnych, z wyodrębnieniem osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich, którym beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie
 | **osoby niepełnosprawne** |
| **pełnoletnie** | **do 18 roku życia** | **łącznie** |
|  |  |  |
| **pełnoletnie na wózkach** | **do18 roku życia na wózkach** | **łącznie na wózkach** |
|  |  |  |
| 1. wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie
 |  |
| 1. 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
 | **Placówki służące rehabilitacji** |
|  |
| **Warsztaty terapii zajęciowej** |
|  |

**7. Koszt realizacji projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| A. | Łączny koszt realizacji projektu: ............................................................................ złsłownie złotych: ........................................................................................................  |
| B. | Własne środki przeznaczone na realizację projektu: ............................................... złsłownie złotych: ........................................................................................................ |
| C. | Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): ................................................................................ złsłownie złotych: ….....................................................................................................  |
| D. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: ...................................... złsłownie złotych: ........................................................................................................  |

**8. Informacje dotyczące pomocy publicznej**

|  |
| --- |
| Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej tak nie ;Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą tak nie ; Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej tak nie ;Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE tak nie ;Planowana pomoc jest pomocą *de minimis* tak nie ; |

**9. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2D Wystąpienia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PFRON)*** |
| 1. | Wykaz pojazdów (wraz z ofertami cenowymi), których zakupu lub przystosowania dotyczy projekt zawierający rodzaj pojazdu, ilość miejsc do przewozu osób niepełnosprawnych, w tym miejsc przystosowanych do kotwiczenia wózków inwalidzkich wraz z informacja o dodatkowym wyposażeniu (winda, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu |  |  |  |  |

***Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wystąpienia:***

*pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON*

 *data, podpis:*