|  |
| --- |
| 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**

|  |
| --- |
| 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 obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier ..................................... ....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ................................................................................................................... .......................................................................................................................................NIP ..................... 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 niepełnosprawnych uczęszczających do środowiskowego domu samopomocy, którego dotyczy projekt lub liczba dzieci i młodzieży niepełnosprawnej 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 niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich | **niepełnosprawni ogółem** | **niepełnosprawni do 18 roku życia** |
|  |  |
| **niepełnosprawni pełnoletni na wózkach** | **niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach** |
|  |  |

**5. 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: .......................................................................................................  |

**6. 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 ; |

**7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2B Wystąpienia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PFRON)*** |
| 1. | Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kosztorysami, wycenami i ofertami |  |  |  |  |
| 2. | Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń oferty cenowe |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. | O ile dotyczy:1. dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów,
2. rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego i projektowanego do wykonania,
3. dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu,
4. kopia pozwolenia na budowę – jeśli pozwolenie jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów,
5. zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów,
6. dokument potwierdzający rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku.
 |  |  |  |  |

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

*pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON*

 *data, podpis:*