

Uchwała Nr 941/16
Zarządu Powiatu Stargardzkiego
z dnia 21 kwietnia 2016 r.

w sprawie uczestnictwa Powiatu Stargardzkiego w realizacji programu
pn. „Program wyrównywania różnic między regionami III”

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 5, art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1455 z późn. zm.) w związku z art. 35a ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

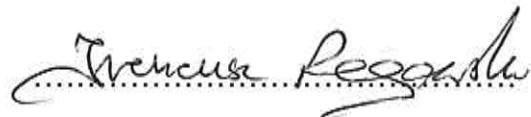
§ 1. 1. Postanawia się wystąpić do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Oddział w Szczecinie z wnioskiem o udzielenie dofinansowania w ramach środków z „Programu wyrównywania różnic między regionami III” dla obszaru B, na realizację zadania inwestycyjnego pn. „Rozbudowa, przebudowa i modernizacja Bursy Szkolnej w Stargardzie na potrzeby przeniesienia Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Stargardzie”

2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1 stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

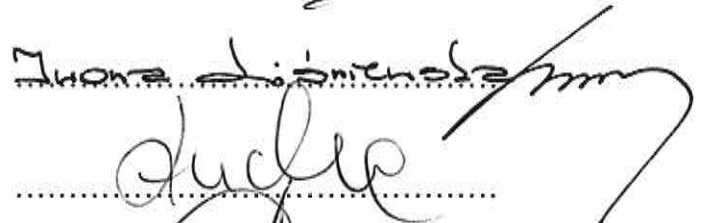
§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Wydziału Zamówień i Inwestycji.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Ireneusz Rogowski – Starosta




Iwona Wiśniewska – Wicestarosta



Irena Agata Łucka – Członek Zarządu



Adam Chrałowicz – Członek Zarządu



Uzasadnienie:

Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uchwała nr 126/2015 z dnia 12 listopada 2015 r. przyjął kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów „Programu wyrównywania różnic między regionami III” w 2016 r. Dokument zawiera również wykaz powiatów kwalifikujących się w 2016 r. do uczestnictwa w Programie.

W związku z zaplanowaną w Wieloletniej Prognozie Finansowej Powiatu Stargardzkiego realizacją zadania inwestycyjnego pn. „Rozbudowa, przebudowa i modernizacja Bursy Szkolnej w Stargardzie na potrzeby przeniesienia Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Stargardzie” w latach 2015 – 2017 oraz możliwością uzyskania ze środków PFRON dofinansowania na wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych został opracowany wniosek o dofinansowanie. Działania objęte wnioskiem o dofinansowanie polegają na likwidacji barier architektonicznych w części budynku i wpisują się w założenia Programu w ramach obszaru B.

Roboty budowlane polegać będą na:

- 1) Wykonaniu dwóch podjazdów dla osób niepełnosprawnych – pochylni o długości 3,60 m oraz o długości 5,40 m, wykonanych ze stalowych elementów modułowych (ażurowych) wraz z poręczami.
Koszt \approx 57 607,09 zł (brutto)
- 2) Dostosowaniu drzwi wewnętrznych do pomieszczeń przeznaczonych do pracy z osobami niepełnosprawnymi: 3 gabinety.
Zakres prac obejmuje: demontaż drzwi, poszerzenie otworów drzwiowych oraz zamontowanie drzwi umożliwiających swobodne poruszanie się osób niepełnosprawnych ruchowo.
Koszt \approx 3 657,71 zł (brutto)
- 3) Dostosowaniu toalety do potrzeb osób niepełnosprawnych:
 - wymiana 2 par drzwi,
 - wymiana miski ustępowej,
 - montaż umywalki dostosowanej do potrzeb osób niepełnosprawnych,
 - montaż pochwyków
 - wymiana okładzin ściennych i podłogowych (płytki).Koszt \approx 51 315,20 zł (brutto)

Wnioskowana kwota dofinansowania – 56.290,00 zł, tj. 50% wartości zakresu prac.

Wniosek o dofinansowanie zadania został oceniony jako istotny dla rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych w regionie i pozytywnie zaopiniowany przez Powiatową Społeczną Radę ds. Osób Niepełnosprawnych.

W związku z powyższym, podjęcie uchwały uważa się za zasadne.

Dyrektor Wydziału
Zamówień i Inwestycji


K. Wójcik

Wniosek złożono w PFRON w dniu
--

Nr sprawy:

Wypełnia PFRON

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach obszaru B, C, D, F, G „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

Pouczenie:

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”.

Część 1 WNIOSKU: Dane i informacje o Jednostce samorządu

1. Nazwa i adres samorządu powiatowego

Pełna nazwa: POWIAT STARGARDZKI			
Stargard	Skarbowa	1	73-110
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Stargard	Stargardzki	Zachodniopomorskie	Kamila Wójcik
Gmina	Powiat	Województwo	Imię Nazwisko osoby do kontaktu
91 48 04 881	91 48 04 801	<u>www.powiatstarga rdzki.eu</u>	inwestycje@powi atstargardzki.eu
Nr telefonu osoby do kontaktu	Nr fax	adres http://www	e-mail

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

(pieczęćka imienna)	(pieczęćka imienna)
podpis	podpis

3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON

Czy Jednostka samorządu jest zobowiązana do wpłat na rzecz PFRON	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON	Art.21 ust.2a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych	
Czy Jednostka samorządu zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Numer identyfikacyjny PFRON	32Y0208JO	
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku	- zł	

4. Informacje o samorządzie powiatowym

811684210	854-22-28-620
REGON	Nr identyfikacyjny NIP
Czy Jednostka samorządu jest podatnikiem VAT:	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT	
Wnioskodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
podstawa prawna: art.86 ust.1 w związku z art. 15 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług	

5. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON (za okres ostatnich 3 lat)

Czy Jednostka samorządu korzystała ze środków PFRON		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	
Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona

Program wyrównywania różnic między regionami II – obszar B i D (bus + winda)	WRR/000072/1 6/D z dnia 08.10.2013 r.	325.800,00	16.01.2015 r.	325.800,00
Program wyrównywania różnic między regionami II – obszar D (bus)	WRR/000106/1 6/D z dnia 08.10.2014 r.	70.000,00	30.09.2015 r.	70.000,00
	Razem kwota przyznana:	395.800,00	Razem kwota rozliczona:	395.800,00

6. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	Oświadczenie samorządu powiatowego o zgodności zgłoszonych projektów z celami założonymi w samorządowym programie działań na rzecz osób niepełnosprawnych	x			
2.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Jednostki samorządu	x			
3.	Zaświadczenie z ZUS dotyczące powiatu, starostwa powiatowego i jednostek organizacyjnych powiatu, których dotyczy wniosek o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy	x			
4.	Dokumenty z Urzędu Skarbowego dotyczące powiatu, starostwa powiatowego i jednostek organizacyjnych powiatu, których dotyczy wniosek: decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy	x			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wniosku:

pieczętka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

Część 2 WNIOSKU:
Informacje o projektach

1. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez samorząd powiatowy w ramach obszaru B programu:

L.p.	Nazwa projektu
1	Rozbudowa, przebudowa i modernizacja Bursy Szkolnej w Stargardzie na potrzeby przeniesienia Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Stargardzie

2. Wykaz projektów zgłoszonych przez samorząd powiatowy w ramach obszaru C programu:

L.p.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu
	Nie dotyczy	Nie dotyczy

3. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez samorząd powiatowy w ramach obszaru D programu:

L.p.	Nazwa projektu
	Nie dotyczy

4. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez samorząd powiatowy w ramach obszaru F programu:

L.p.	Nazwa projektu
	Nie dotyczy

5. Projekt planowany do realizacji przez samorząd powiatowy w ramach obszaru G programu:

L.p.	Nazwa projektu
	Nie dotyczy

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

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

Rozbudowa, przebudowa i modernizacja Bursy Szkolnej w Stargardzie na potrzeby przeniesienia Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Stargardzie

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

Powiat Stargardzki przewiduje w 2017 r. realizację zadania pn. „Rozbudowa, przebudowa i modernizacja Bursy Szkolnej w Stargardzie na potrzeby przeniesienia Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Stargardzie”. Zakres zadania obejmuje również dostosowanie budynku do potrzeb osób niepełnosprawnych – w szczególności likwidację barier architektonicznych w budynku. W ramach robót dostosowawczych zostaną wykonane dwa podjazdy – pochylnie wraz z poręczami, od strony wejścia głównego do budynku oraz od strony bocznego skrzydła. Obecnie, aby wejść do budynku Bursy Szkolnej, należy pokonać kilkustopniowe schody, zarówno od strony wejścia głównego jak i do skrzydła budynku.

Na parterze budynku zostanie dostosowana toaleta do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Projekt dotyczy terenu: miejskiego wiejskiego miejsko-wiejskiego

Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier oraz nazwa i adres jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego prowadzącej obiekt: **Bursa Szkolna – Powiat Stargardzki, ul. Skarbowa 1, 73-110 Stargard**

Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): **Bursa Szkolna, Plac Majdanek 7, 73-110 Stargard, Gmina: Stargard, Powiat: Stargardzki, Województwo: Zachodniopomorskie**

NIP 854-20-87-622 REGON 812026985 Nr identyfikacyjny PFRON* 32Y1439C1

*należy wypełnić jeżeli posiada

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

Obecnie budynek Bursy Szkolnej, która jest placówką opiekuńczo – wychowawczą, nie jest dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych. W związku z planowanym przeniesieniem i przeznaczeniem części budynku do potrzeb Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej, niezbędne jest wykonanie robót mających na celu likwidację barier architektonicznych .

Osoby korzystające z konsultacji Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej, to przede wszystkim osoby z różnego rodzaju dysfunkcjami rozwojowymi, zachowawczymi, fizycznymi. Głównym celem działalności Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej jest bowiem: pomoc psychologiczno – pedagogiczna, logopedyczna, terapeutyczna i rehabilitacyjna, prowadzenie terapii zaburzeń rozwojowych i zachowań dysfunkcyjnych, realizowanych poprzez diagnozę, terapię, psychoedukację.

Liczba osób niepełnosprawnych, w tym osób niepełnosprawnych ruchowo korzystających z konsultacji Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej potwierdza, że realizacja tego projektu, z punktu widzenia społecznego jest jak najbardziej uzasadniona.

3. Harmonogram realizacji projektu

Rozpoczęcie realizacji projektu (*dzień, miesiąc, rok*):

Wykonanie prac projektowych – kwiecień - sierpień 2016 r.

Wykonanie robót budowlanych – styczeń - czerwiec 2017 r.

Przewidywany czas realizacji (*w miesiącach*):

Roboty budowlane – 6 miesięcy

4. Wartość wskaźników bazowych:

a) 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
	87	87
	niepełnosprawni pełnoletni na wózkach	niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach
	-	16
b) liczba placówek edukacyjnych, urzędów lub środowiskowych domów samopomocy położonych na terenie powiatu, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego o lub wniosku o dofinansowanie	17	

c) liczba placówek edukacyjnych, urzędów lub środowiskowych domów samopomocy położonych na terenie powiatu, kompleksowo dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie	14
d) wysokość środków przeznaczonych w planie beneficjenta na likwidację barier architektonicznych w placówkach edukacyjnych, urzędach lub środowiskowych domach samopomocy, na rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie	0

5. Koszt realizacji projektu

A.	Łączny koszt realizacji projektu: 112.580,00 zł słownie złotych: sto dwanaście tysięcy pięćset osiemdziesiąt
B.	Własne środki przeznaczone na realizację projektu: 56.290,00 zł słownie złotych: pięćdziesiąt sześć tysięcy dwieście dziewięćdziesiąt
C.	Inne źródła finansowania ogółem (<i>środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON</i>): - zł słownie złotych: -
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: 56.290,00 zł słownie złotych: pięćdziesiąt sześć tysięcy dwieście dziewięćdziesiąt

7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2B Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	(wypełnia PFRON)	
1.	Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kosztorysami, wycenami i ofertami	X			
2.	Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń oferty cenowe		X		
3.	O ile dotyczy: a) dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów, b) rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego i projektowanego do wykonania, c) dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu, d) kopia pozwolenia na budowę – jeśli pozwolenie jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów, e) zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów	X	X		
4.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie	X			
5.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”	X			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wniosku:

pieczęćka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

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

Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wystąpienia):

Nie dotyczy

Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych

1. Nazwa Projektodawcy: **Nie dotyczy**

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) **Nie dotyczy**

NIP **Nie dotyczy** REGON **Nie dotyczy** Nr identyfikacyjny PFRON **Nie dotyczy** Czy

projektodawca jest płatnikiem VAT tak nie

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT **Nie dotyczy**

Projektodawca jest płatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak nie
podstawa prawna: **Nie dotyczy**

2. Nazwa Projektodawcy: **Nie dotyczy**

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) **Nie dotyczy**

NIP **Nie dotyczy** REGON **Nie dotyczy** Nr identyfikacyjny PFRON **Nie dotyczy**

Czy projektodawca jest płatnikiem VAT tak nie

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT **Nie dotyczy**

Projektodawca jest płatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak nie
podstawa prawna: **Nie dotyczy**

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

Nie dotyczy

Projekt dotyczy terenu: miejskiego wiejskiego miejsko-wiejskiego

Nazwa zakładu spółdzielni socjalnej osób prawnych (której utworzenia dotyczy projekt), w którym adaptowane są pomieszczenia i tworzone stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych **Nie dotyczy**

Dokładna lokalizacja zakładu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): **Nie dotyczy**

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

Nie dotyczy

3. Harmonogram realizacji projektu

Rozpoczęcie realizacji projektu (*dzień, miesiąc, rok*):

Nie dotyczy

Przewidywany czas realizacji (*w miesiącach*):

Nie dotyczy

4. Wartość wskaźników bazowych:

	stopień niepełnosprawności			
	ogółem	lekki	umiarkowany	znaczny
a) liczba osób niepełnosprawnych z terenu powiatu zatrudnionych w spółdzielniach socjalnych, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
b) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na utworzenie spółdzielni socjalnej osób prawnych, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie	Nie dotyczy			

5. Koszt realizacji projektu

A.	Łączny koszt realizacji projektu: Nie dotyczy zł słownie złotych: Nie dotyczy
B.	Własne środki przeznaczone na realizację projektu: Nie dotyczy zł

	słownie złotych: Nie dotyczy
C.	Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): Nie dotyczy zł słownie złotych: Nie dotyczy
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: Nie dotyczy zł słownie złotych: Nie dotyczy

6. Informacje dotyczące pomocy publicznej - Nie dotyczy

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2007 r. Nr 59 poz. 404 z późn. zm.)
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 2C Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	(wypełnia PFRON)	
1.	Porozumienie intencyjne w sprawie utworzenia spółdzielni socjalnej osób prawnych	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
2.	Wykaz robót adaptacyjnych dotyczących obiektu spółdzielni, ich opis i koszt wraz z kopiami kosztorysów, wycen i ofert	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
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	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
4.	Wykaz wyposażenia spółdzielni, specyfikację niezbędnego wyposażenia oraz koszt	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
5.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
6.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

7.	Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
8.	Zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
9.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 5 procedur realizacji Programu	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
10.	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	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2C Wniosku: Nie dotyczy

pieczęćka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

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

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

Nie dotyczy

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

Nie dotyczy

Projekt dotyczy terenu: miejskiego wiejskiego miejsko-wiejskiego

Nazwa jednostki organizacyjnej powiatu, która będzie dysponować pojazdem **Nie dotyczy**

Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): **Nie dotyczy**

NIP **Nie dotyczy** REGON **Nie dotyczy** Nr identyfikacyjny PFRON * **Nie dotyczy**

*należy wypełnić jeżeli posiada

2. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu do przewozu osób niepełnosprawnych zawierające informacje o placówce lub placówkach służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych, których uczestnicy będą mieli zapewniony transport w wyniku realizacji projektu

w przypadku obszernego opisu – w załączeniu

Nazwa placówki służącej rehabilitacji: **Nie dotyczy**

Data rozpoczęcia działalności (dzień/ miesiąc/rok) **Nie dotyczy**

Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): **Nie**

dotyczy

NIP **Nie dotyczy** * REGON **Nie dotyczy** * Nr identyfikacyjny PFRON* **Nie dotyczy**
 *należy wypełnić jeżeli posiada

Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu:

Nie dotyczy

3. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

Nie dotyczy

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

Nie dotyczy

5. Harmonogram realizacji projektu

Rozpoczęcie realizacji projektu (*dzień, miesiąc, rok*): **Nie dotyczy**

Przewidywany czas realizacji (*w miesiącach*): **Nie dotyczy**

6. Wartość wskaźników bazowych:

a) 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 . <u>Nie dotyczy</u> , w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach . <u>Nie dotyczy</u> Liczba autobusów <u>Nie dotyczy</u> w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach . <u>Nie dotyczy</u>																	
b) 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	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3" data-bbox="1034 1697 1348 1731">osoby niepełnosprawne</th> </tr> <tr> <th data-bbox="890 1742 1050 1776">pełnoletnie</th> <th data-bbox="1106 1742 1257 1809">do 18 roku życia</th> <th data-bbox="1361 1742 1457 1776">łącznie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="890 1809 1050 1843"><u>Nie dotyczy</u></td> <td data-bbox="1106 1809 1257 1843"><u>Nie dotyczy</u></td> <td data-bbox="1329 1809 1497 1843"><u>Nie dotyczy</u></td> </tr> <tr> <th data-bbox="890 1843 1050 1910">pełnoletnie na wózkach</th> <th data-bbox="1106 1843 1257 1933">do 18 roku życia na wózkach</th> <th data-bbox="1329 1843 1497 1910">łącznie na wózkach</th> </tr> <tr> <td data-bbox="890 1933 1050 1966"><u>Nie dotyczy</u></td> <td data-bbox="1106 1933 1257 1966"><u>Nie dotyczy</u></td> <td data-bbox="1329 1933 1497 1966"><u>Nie dotyczy</u></td> </tr> </tbody> </table>			osoby niepełnosprawne			pełnoletnie	do 18 roku życia	łącznie	<u>Nie dotyczy</u>	<u>Nie dotyczy</u>	<u>Nie dotyczy</u>	pełnoletnie na wózkach	do 18 roku życia na wózkach	łącznie na wózkach	<u>Nie dotyczy</u>	<u>Nie dotyczy</u>	<u>Nie dotyczy</u>
osoby niepełnosprawne																		
pełnoletnie	do 18 roku życia	łącznie																
<u>Nie dotyczy</u>	<u>Nie dotyczy</u>	<u>Nie dotyczy</u>																
pełnoletnie na wózkach	do 18 roku życia na wózkach	łącznie na wózkach																
<u>Nie dotyczy</u>	<u>Nie dotyczy</u>	<u>Nie dotyczy</u>																

c) 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	Nie dotyczy
d) liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych, których uczestnikom beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie	Nie dotyczy

7. Koszt realizacji projektu

A.	Łączny koszt realizacji projektu: Nie dotyczy zł słownie złotych Nie dotyczy
B.	Własne środki przeznaczone na realizację projektu: Nie dotyczy zł słownie złotych: Nie dotyczy
C.	Inne źródła finansowania ogółem (<i>środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON</i>): Nie dotyczy zł słownie złotych: Nie dotyczy
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: Nie dotyczy zł słownie złotych: Nie dotyczy

8. Informacje uzupełniające

Nie dotyczy

9. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2D Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	Wykaz pojazdów, 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	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

2.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
3.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 6 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”.	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wniosku: Nie dotyczy

pieczętka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

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. Opis projektu

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

Nie dotyczy

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

Nie dotyczy

Projekt dotyczy terenu: miejskiego wiejskiego miejsko-wiejskiego

Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie WTZ oraz nazwa i adres jednostki organizacyjnej projektodawcy prowadzącej obiekt **Nie dotyczy**

Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): **Nie dotyczy**

NIP **Nie dotyczy** REGON **Nie dotyczy** Nr identyfikacyjny PFRON* **Nie dotyczy**

*należy wypełnić jeżeli posiada

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

Nie dotyczy

3. Harmonogram realizacji projektu

Rozpoczęcie realizacji projektu (*dzień, miesiąc, rok*): **Nie dotyczy**

Przewidywany czas realizacji (*w miesiącach*): **Nie dotyczy**

4. Wartość wskaźników bazowych:

a) liczba osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie powiatu, będących uczestnikami warsztatów terapii zajęciowej według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie	Nie dotyczy
b) wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, w roku wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie	Nie dotyczy

5. Koszt realizacji projektu

A.	Łączny koszt realizacji projektu: Nie dotyczy zł słownie złotych: Nie dotyczy
B.	Własne środki przeznaczone na realizację projektu: Nie dotyczy zł słownie złotych: Nie dotyczy
C.	Inne źródła finansowania ogółem (<i>środki wpłacone, przyrządzone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON</i>): Nie dotyczy zł słownie złotych: Nie dotyczy
D.	Inne środki PFRON (np. przekazywane algorytmem) przeznaczone na realizację projektu: Nie dotyczy zł słownie złotych: Nie dotyczy
E.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: Nie dotyczy zł słownie złotych: Nie dotyczy

6. Informacje uzupełniające

Nie dotyczy

7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2F Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	Dokumenty wymienione w § 3 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 roku w sprawie warsztatów terapii zajęciowej (Dz. U. Nr 63, poz.587)	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
2.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

3.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 8 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
----	---	-------------	-------------	-------------	-------------

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F
Wniosku: NIE DOTYCZY**

pieczętka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

Część 2G WNIOSKU:

Informacje o projekcie planowanym do realizacji w ramach obszaru G programu

1. Opis projektu

Nazwa Jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego realizującej obszar G

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) **Nie dotyczy**

Imię Nazwisko osoby do kontaktu **Nie dotyczy**. Nr telefonu osoby do kontaktu **Nie dotyczy**

NIP **Nie dotyczy** REGON **Nie dotyczy** Nr identyfikacyjny PFRON **Nie dotyczy** *

O ile dotyczy*

Cel projektu: **Nie dotyczy**

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)

Nie dotyczy

Projekt dotyczy terenu: miejskiego wiejskiego miejsko-wiejskiego

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

Nie dotyczy

3. Harmonogram realizacji projektu

Rozpoczęcie realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok): **Nie dotyczy**

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): **Nie dotyczy**

4. Wartość wskaźników bazowych:

a) liczba osób niepełnosprawnych zatrudnionych na terenie powiatu, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie	Nie dotyczy
b) wysokość środków zaplanowanych przez powiat na zadania dotyczące aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wniosku o dofinansowanie	Nie dotyczy

5. 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 Nie dotyczy zł słownie złotych Nie dotyczy
B.	Wnioskowana kwota ze środków PFRON: Nie dotyczy zł słownie złotych: Nie dotyczy w tym na obsługę Nie dotyczy zł (słownie złotych) Nie dotyczy

6. Informacje uzupełniające

Nie dotyczy

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	Dokument potwierdzający wysokość środków algorytmu zabezpieczonych w planie finansowym powiatu na realizację zadań własnych dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
2.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
3.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 10 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2G Wniosku: Nie dotyczy

pieczęćka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

Oświadczenia Jednostki samorządu powiatowego

Oświadczam, że podane we Wniosku 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 Wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wniosku.

Oświadczam, że na dzień sporządzenia Wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, i zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON.

Oświadczam, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wniosku zostały zweryfikowane pod względem formalnym i merytorycznym.

Oświadczam, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wniosku są zgodnie z samorządowym programem działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuje o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku

Stargard, dnia 25.04.2016 r.r.

.....

.....

pieczętka imienna

pieczętka imienna

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

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.