

Uchwała nr 938/16
Zarządu Powiatu Stargardzkiego
z dnia 21 kwietnia 2016 r.

**w sprawie uczestnictwa jednostki samorządu terytorialnego 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 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1445 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:

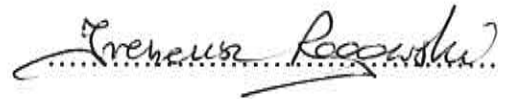
§ 1.1. Postanawia się skierować do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Oddział w Szczecinie wystąpienie w sprawie uczestnictwa Powiatu Stargardzkiego w realizacji programu pn. ” Program wyrównywania różnic między regionami III”.

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

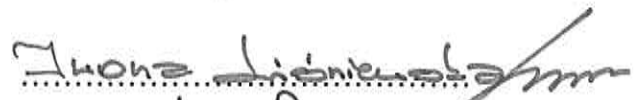
§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

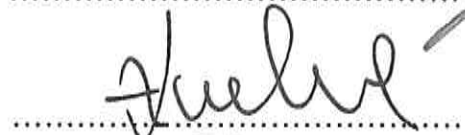
Ireneusz Rogowski – Starosta Stargardzki


.....

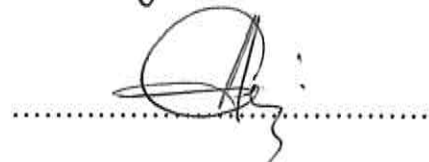
Iwona Wiśniewska – Wicestarosta


.....

Irena Agata Łucka – Członek Zarządu


.....

Adam Chrałowicz – Członek Zarządu


.....

Uzasadnienie

Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uchwałą 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 możliwością uzyskania ze środków PFRON dofinansowania na wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych został opracowany projekt.

Towarzystwo Rozwoju Gminy Marianowo złożyło projekt o dofinansowanie obszaru D – likwidacja barier transportowych. Wniosek dotyczy zakupu busa do przewozu osób niepełnosprawnych.- uczestników Warsztatu Terapii Zajęciowej w Dzwonowie. Kwota dofinansowania wnioskowanego przez Towarzystwo wynosi 70 000,00 zł.

Propozycja, oceniona, jako istotna dla rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych w regionie, została pozytywnie zaopiniowana przez Powiatową Społeczną Radę ds. Osób Niepełnosprawnych.

Zatem, ze względu na jego znaczenie dla osób niepełnosprawnych, proponuje się wystąpić o dofinansowanie ze środków PFRON do realizacji przedłożonego projektu.

W związku z powyższym zasadne jest podjęcie niniejszej uchwały.

p.o. Dyrektora
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Marii Rygiel

1995年10月
1995年10月
1995年10月

Wystąpienie złożono

W.....PFRON

w dniu.....

Nr sprawy:

Wypełnia PFRON

WYSTĄPIENIE**w sprawie uczestnictwa samorządu powiatowego w realizacji
„Programu wyrównywania różnic między regionami III”****Pouczenie:***W wystąpieniu należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”.***Część 1 WYSTĄPIENIA: 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	ZACHODNIOPOMOR SKIE	MONIKA RYGIEL
Gmina	Powiat	Województwo	Imię Nazwisko osoby do kontaktu
091 48 04 909	091 48 04 901	powiatstargardzki.pl	pcpr@powiatstargard zki.pl
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: X	nie: <input type="checkbox"/>
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON	Nie dotyczy	
Czy Jednostka samorządu zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak: <input type="checkbox"/>	nie: X
Numer identyfikacyjny PFRON	32Y0208JO	
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia Wystąpienia	Nie dotyczy	

4. Informacje o samorządzie powiatowym

811 68 42 10	854 22 28 620
REGON	Nr identyfikacyjny NIP
Czy Jednostka samorządu jest podatnikiem VAT:	tak: X nie: <input type="checkbox"/>
podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT: Nie dotyczy	
Wnioskodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak: X nie: <input type="checkbox"/>	
podstawa prawna: art.86 ust.1 ustawy od towarów i usług	

5. Załączniki (dokumenty) wymagane do Wystąpienia

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia		Uzupełniono tak/nie (wypełnia PFRON)	Data uzupełnienia
		tak	nie		
1.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy Wystąpienie podpisane jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Jednostki samorządu		x		
2.	Zaświadczenie z ZUS dotyczące powiatu, starostwa powiatowego i jednostek organizacyjnych powiatu, których dotyczy wystąpienie o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wystąpienia) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy		x		

3.	Dokumenty z Urzędu Skarbowego dotyczące powiatu, starostwa powiatowego i jednostek organizacyjnych powiatu, których dotyczy wystąpienie: decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wystąpienia) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy		x		
4.	Informacja o wszystkich złożonych do jednostki samorządu projektach, sporządzona zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik do wystąpienia	x			
5.	Oświadczenie o zgodności projektów z samorządowym programem działań na rzecz osób niepełnosprawnych	x			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wystąpienia:

pieczęćka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

Część 2 WYSTĄPIENIA: Informacje o projektach

1. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru B programu:

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu
	Nie dotyczy	Nie dotyczy

2. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru C programu:

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu
-----	-----------------------------	----------------

Nie dotyczy	Nie dotyczy
-------------	-------------

3. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru D programu:

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu
1	Towarzystwo Rozwoju Gminy Marianowo ul. Mieszka I 1, 73-121 Marianowo	Zakup nowego pojazdu do przewozu osób niepełnosprawnych- uczestników WTZ Dzwonowie

4. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do samorządu powiatowego, planowanych do realizacji w ramach obszaru F programu:

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu
	Nie dotyczy	Nie dotyczy

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): Nie dotyczy
Nazwa Projektodawcy:.....Nie dotyczy
Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy).....
NIP ;REGON; Nr identyfikacyjny PFRON
Czy projektodawca jest podatnikiem VAT tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT Nie dotyczy

Wnioskodawca jest podatnikiem 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 obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier – Nie dotyczy

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

NIP*; REGON*; Nr identyfikacyjny PFRON*

*należy wypełnić jeżeli jest inny niż projektodawcy

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 Nie dotyczy

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
	niepełnosprawni pełnoletni na wózkach	niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach

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	Nie dotyczy
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	Nie dotyczy
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	Nie dotyczy

5. Koszt realizacji projektu

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

6. Informacje dotyczące pomocy publicznej - Nie dotyczy

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

7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2B Wystąpienia - Nie dotyczy

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami kosztorysów, wycen i ofert				
2.	Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych				
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) pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów, e) zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów				
4.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie				
5.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wystąpienia:

pieczęćka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

UWAGA!**Część 2C WYSTĄPIENIA: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru C programu**

W przypadku większej ilości projektów zgłoszonych w części 2 Wystąpienia, **część 2C** Wystąpienia 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).....
NIP ;REGON; Nr identyfikacyjny PFRON

Czy projektodawca jest płatnikiem VAT tak nie

Podstawa prawna zwolnienia z podatku vat

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).....
NIP ;REGON; Nr identyfikacyjny PFRON

Czy projektodawca jest płatnikiem VAT tak nie

Podstawa prawna zwolnienia z podatku vat

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:

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	stopień niepełnosprawności			
	ogółem	lekki	umiarkowany	znaczny
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 słownie złotych:
B.	Środki własne Projektodawcy przeznaczone na realizację projektu: Nie dotyczy słownie złotych:
C.	Inne źródła finansowania ogółem (<i>środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON</i>): Nie dotyczy słownie złotych:

D. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: Nie dotyczy słownie złotych:

6. Informacje dotyczące pomocy publicznej Nie dotyczy

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 2C Wystąpienia – Nie dotyczy

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				
2.	Wykaz robót adaptacyjnych dotyczących obiektu spółdzielni, ich opis i koszt wraz z kopiami kosztorysów, wycen i ofert				
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				
4.	Wykaz wyposażenia spółdzielni, specyfikację niezbędnego wyposażenia oraz koszt				
5.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu				
6.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu				
7.	Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów				
8.	Zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów				

9.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 5 procedur realizacji Programu				
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				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2C Wystąpienia:

pieczętka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

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):

Zakup nowego pojazdu do przewozu osób niepełnosprawnych – uczestników WTZ w Dzwonowie

Nazwa Projektodawcy: **Towarzystwo Rozwoju Gminy Marianowo**

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) **Marianowo, ul. Mieszka I 1, 73-121**

NIP 854 21 94 393 ;REGON 812 434 052; Nr identyfikacyjny PFRON - nie dotyczy

Czy projektodawca jest podatnikiem VAT tak nie x

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT Nie dotyczy

Wnioskodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak: nie: x
podstawa prawna: art. 113 ust.1 ustawy o podatku od towaru i usług

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

Zakup nowego pojazdu konieczny jest do zapewnienia bezpiecznego dowozu osobom do Warsztatu Terapii Zajęciowej w Dzwonowie. Do WTZ przywożonych i odwożonych jest codziennie 27 osób z tereny 5 gmin powiatu stargardzkiego. Bus, który przewozi uczestników WTZ codziennie przejeżdża średnio ok. 320 km. Jest to auto 10 letnie, mocno wyeksploatowane. Z uwagi na jego stan techniczny często musi być odstawiany do warsztatu na naprawy. Ten stan powoduje komplikacje przy planowaniu dowozów uczestników WTZ w Dzwonowie.

Projekt dotyczy terenu: miejskiego ; wiejskiego x; miejsko-wiejskiego ;

Nazwa jednostki organizacyjnej projektodawcy, która będzie dysponować pojazdem: **Towarzystwo Rozwoju Gminy Marianowo**

Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): **Marianowo, ul. Mieszka I 1, 73-121, Marianowo, stargardzki, zachodniopomorskie**

NIP **854 21 94 393** ;REGON **812 434 052**; Nr identyfikacyjny PFRON - nie dotyczy

*należy wypełnić jeżeli posiada

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

w przypadku obszernego opisu – w załączeniu

Nazwa placówki służącej rehabilitacji/warsztatu terapii zajęciowej:

Warsztat Terapii Zajęciowej w Dzwonowie

Data rozpoczęcia działalności (dzień/ miesiąc/rok): **30.12.2003**

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

Dzwonowo 62, 73-121, Marianowo, stargardzki, zachodniopomorskie

NIP **854 21 94 393**; REGON **812 434 052** Nr identyfikacyjny PFRON*

*należy wypełnić jeżeli posiada

Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu: Towarzystwo Rozwoju Gminy Marianowo prowadzi od grudnia 2003 r. WTZ w Dzwonowie, gdzie w rehabilitacji zawodowej i społecznej bierze udział 40 osób niepełnosprawnych z terenu powiatu stargardzkiego, z tego 27 osób niepełnosprawnych z terenu 5 gmin: Marianowo – 6 osób, Stargard - 8 osób, Dobrzany – 7 osób, Suchań – 1 osoba i miasto Stargard - 5 osób, jest codziennie dowożonych na terapię zajęciową do WTZ w Dzwonowie. Samochód, który obecnie dowozi osoby niepełnosprawne na terapię, przejeżdża codziennie średnio ok. 320 km. Najdłuższe trasy, z których dowożeni są uczestnicy WTZ to trasa Dzwonowo- Grzędzice (26 km) Dzwonowo – Szadzko (22 km). W przypadku awarii busa, uczestnicy nie mają możliwości samodzielnie dojechać do WTZ, ponieważ w większości zamieszkują małe wsie z barierami komunikacyjnymi. Takie przerwy źle wpływają na ich zdrowie, ponieważ nie ma ciągłości i systematyczności niezbędnej w procesie rehabilitacji. Powyższe argumenty jednoznacznie przemawiają za koniecznością zakupu nowego pojazdu, za pośrednictwem, którego stworzymy pełne uczestnictwo w życiu społecznym oraz korzystaniu z rehabilitacji w pełnym tego słowa znaczeniu, w myśl zasady wyrównywania różnic między regionami.

3. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych

Aktualnie Warsztat Terapii Zajęciowej w Dzwonowie korzysta z samochodu marki Volkswagen Transporter VW T5 o nr rej. ZST 10GV. Jest to samochód już ponad 10 letni, wyeksploatowany, który codziennie dowozi i odwozi uczestników WTZ na terapię zajęciową i przejeżdża średnio 320 km. Samochód codziennie już o godzinie 5.40 rozpoczyna pierwszy dowóz uczestników, jest to trasa najdłuższa z Grzędzic oraz uczestników ze Stargardu. Po zakończonej rehabilitacji zawodowej i społecznej uczestnicy są odwożeni do domów, ostatnia grupa osób niepełnosprawnych wyjeżdża z Dzwonowa o godzinie 15.40 jest to trasa Dzwonowo -Barzkowice – Żukowo – Krąpiel – Trzebiatów – Pęczyno, która kończy się po godzinie 16. Ponadto uczestnicy przewożeni są busem na imprezy zorganizowane specjalnie dla osób niepełnosprawnych, w tym również zawody sportowe, kulturalne, festiwale, kiermasze, festyny itp.

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

W rehabilitacji zawodowo – społecznej w Warsztacie Terapii Zajęciowej w Dzwonowie biorą udział uczestnicy z terenu powiatu stargardzkiego. Są to mieszkańcy małych miejscowości bez komunikacji publicznej. W wielu przypadkach zorganizowanie przez rodziców i opiekunów samodzielnego dowozu osoby niepełnosprawnej na terapię zajęciową do WTZ w Dzwonowie jest niemożliwe. Dlatego tylko zorganizowane przez Warsztat dowozy na terapię dają możliwość tym osobom uczestnictwa w pracy terapeutycznej poprzez, którą wspomagają ogólne usprawnienie i wszechstronny rozwój osobowy i przygotowują do życia w środowisku społecznym m.in. poprzez rozwój umiejętności planowania i komunikowania się, dokonywania wyborów, decydowania o nich oraz innych umiejętnościach niezbędnych w życiu, a także poprawę kondycji psychicznej. W Warsztacie Terapii Zajęciowej osoby niepełnosprawne rozwijają umiejętności wykonywania czynności życia codziennego i zaradności osobistej oraz rozwijają i doskonalą podstawowe i specjalistyczne umiejętności zawodowe umożliwiające podjęcie pracy w zakładzie aktywności zawodowej lub innej pracy zarobkowej. Tak płynna rehabilitacja jest możliwa jedynie przy zorganizowanym i bezpłatnym dowozie uczestników do Warsztatu. Do tego niezbędne jest zakupienie nowego samochodu, ponieważ dotychczas używany nie spełnia już swojego zadania.

5. Harmonogram realizacji projektu

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

01.06.2016

Przewidywany czas realizacji (*w miesiącach*):

4 miesiące (od czerwca do końca września)

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 1 , w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach 0 Liczba autobusów 0 w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach 0		
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	osoby niepełnosprawne		
	pełnoletnie	do 18 roku życia	łącznie
	27	0	27
	pełnoletnie na wózkach	do 18 roku życia na wózkach	łącznie na wózkach
0	0	0	
c) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie	40 655		
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	1 WTZ Dzwonowo		

7. Koszt realizacji projektu

A.	Łączny koszt realizacji projektu: 110 655,00 zł słownie złotych: sto dziesięć tysięcy sześćset pięćdziesiąt pięć złotych
B.	Środki własne Projektodawcy przeznaczone na realizację projektu: 40 655,00zł słownie złotych: czterdzieści tysięcy sześćset sześćdziesiąt pięć złotych
C.	Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): 0,00zł słownie złotych: zero złotych
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: 70 000,00 zł słownie złotych: siedemdziesiąt tysięcy 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 **X**

Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą tak nie **X**;

Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej tak nie **X**;

Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE tak nie **X**;

Planowana pomoc jest pomocą *de minimis* tak nie **X**;

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

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

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wystąpienia:

pieczęćka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

Część 2F WYSTĄPIENIA: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru F programu

UWAGA!

W przypadku większej ilości projektów zgłoszonych w części 2 Wystąpienia, **część 2F** Wystąpienia należy skopiować i wypełnić dla każdego projektu oddzielnie

1. Opis projektu

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

Nie dotyczy

Nazwa Projektodawcy: Nie dotyczy

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy).....

NIP ;REGON; Nr identyfikacyjny PFRON

Czy projektodawca jest podatnikiem VAT tak nie

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: nie:

podstawa prawna: Nie dotyczy

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

Nie dotyczy

Projekt dotyczy terenu: miejskiego ; wiejskiego ; miejsko-wiejskiego ;

Dokładna lokalizacja obiektu, w którym planowane jest utworzenie warsztatu terapii zajęciowej (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:

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 słownie złotych:
B.	Środki własne Projektodawcy przeznaczone na realizację projektu: Nie dotyczy słownie złotych:
C.	Inne źródła finansowania ogółem (<i>środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON</i>): Nie dotyczy słownie złotych:
D.	Środki PFRON przekazywane algorytmem przeznaczone na realizację projektu słownie złotych Nie dotyczy
E.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: Nie dotyczy słownie złotych:

6. Informacje dotyczące pomocy publicznej Nie dotyczy

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

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

Nie dotyczy

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)				
2.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie				
3.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 8 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wystąpienia:

<i>pieczęćka imienna, podpis pracownika PFRON</i>
<i>data, podpis:</i>

Oświadczenia samorządu powiatowego

Oświadczam, że podane w Wystąpieniu 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 Wystąpienia wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wystąpienia.

Oświadczam, że na dzień sporządzenia Wystąpienia 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 Wystąpienia zostały zweryfikowane pod względem formalnym i merytorycznym.

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

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wystąpienie z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuje o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wystąpieniu

..... dniar.

.....

pieczętka imienna

.....

pieczętka imienna

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych

Pouczenie:

*W Wystąpieniu należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”.
W przypadku, gdy w formularzu Wystąpienia 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.*

Planowana wartość wskaźników ewaluacji

1) wskaźniki bazowe:

- 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 terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie:
 - mikrobusy **1**, w tym przystosowanych **0**
- 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 terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie
 - liczba osób niepełnosprawnych **27**, w tym niepełnosprawni na wózkach **0**
- c) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, na rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie **40 655,00 zł**
- d) liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych, których uczestnikom beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie **0**

2) wskaźniki wkładu:

- a) iloraz kwoty wkładu własnego deklarowanej przez beneficjenta projektu oraz kwoty rzeczywistego wkładu własnego beneficjenta **1**
- b) iloraz planowanego kosztu projektu (planowanego kosztu zakupu pojazdu lub jego przystosowania do potrzeb osób niepełnosprawnych) oraz rzeczywistego kosztu zakupu pojazdu (koszt zakupu pojazdu lub jego przystosowania do potrzeb osób niepełnosprawnych) **1**
- c) iloraz kosztu realizacji projektu (całkowitego kosztu zakupu pojazdu lub jego przystosowania do potrzeb osób niepełnosprawnych) oraz liczby osób niepełnosprawnych, których stałe potrzeby przewozowe zostały zaspokojone w wyniku realizacji projektu **4 098,34**
- d) iloraz kwoty dofinansowania projektu ze środków PFRON przeznaczonych na realizację programu oraz liczby osób niepełnosprawnych, których potrzeby przewozowe zostały zaspokojone w wyniku realizacji projektu **5 592,60**

3) wskaźniki produktu:

- a) ilość miejsc w pojazdach przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych **9**

- b) ilość miejsc w pojazdach przystosowanych do przewozu osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich **1**

4) wskaźniki rezultatu:

- a) liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych, których uczestnikom zaspokojono potrzeby przewozowe w wyniku realizacji projektu - **1**
- b) liczba osób niepełnosprawnych z wyodrębnieniem osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich, których stałe potrzeby przewozowe zostały zaspokojone w wyniku realizacji projektu - **27**
- c) liczba przewiezionych osób niepełnosprawnych pojazdem zakupionym bądź przystosowanym do potrzeb osób niepełnosprawnych w wyniku realizacji projektu, w ciągu 6 miesięcy następujących po miesiącu zakończenia projektu - **162**
- d) liczba ogółem przejechanych kilometrów na rzecz osób niepełnosprawnych pojazdem zakupionym bądź przystosowanym do potrzeb osób niepełnosprawnych w wyniku realizacji projektu, w roku następującym po roku zakończenia projektu - **38 400**

.....

.....

Powiat Stargardzki
ul. Skarbowa 1, 73-110 Stargard
pieczęć jednostki

**Informacja o projektach złożonych do jednostki samorządu
powiatowego w ramach
„Programu wyrównywania różnic między regionami III”
według stanu na dzień
DOTYCZY: projektów z 2016 roku**

**PROJEKTY ZŁOŻONE DO REALIZATORA PROGRAMU W DANYM ROKU REALIZACJI
PROGRAMU**

Obszar programu	Liczba złożonych projektów ogółem	Projekty pozytywnie zweryfikowane pod względem formalnoprawnych i merytorycznym		Projekty negatywnie zweryfikowane ze względów formalnoprawnych lub merytorycznych		Projekty niekompletne	
		Liczba projektów	Kwota wnioskowana ze środków PFRON	Liczba projektów	Kwota wnioskowana ze środków PFRON	Liczba projektów	Kwota wnioskowana ze środków PFRON
1	2	3	4	5	6	7	8
OBSZAR B							
OBSZAR C							
OBSZAR D	1	1	70 000,00	0	0	0	0
OBSZAR F							
RAZEM	1	1	70 000,00	0	0	0	0

Wnioskowana kwota na koszty obsługi programu przez Realizatora (maksymalnie do 1,5% wartości sumy kwot wnioskowanych z projektów pozytywnie zweryfikowanych pod względem formalnoprawnym i merytorycznym): 1050 zł słownie złotych: jeden tysiąc pięćdziesiąt złotych

....., dnia
(miejscowość)

.....
Pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionych

