

1453

Załącznik nr 1 do Uchwały Nr .../12
Zarządu Powiatu w Stargardzie Szczecińskim
z dnia 30.07.2012 r.

Oddział
PFRON w
ul.
.....

OŚWIADCZENIE

Stargardzki

Powiat..... z siedzibą w

(nazwa)

Stargardzie Szczecińskim

.....
(miejscowość)

ul. Skarbowa 1, 73-110 Stargard Szczeciński

.....
(dokładny adres, nr kodu)

reprezentowany przez:

Stankiewiczza Marka

Wicestarostę Stargardzkiego

1).....
(nazwisko, imię)

.....
(funkcja)

Wiśniewską Iwonę

Członka Zarządu Powiatu

2).....
(nazwisko, imię)

.....
(funkcja)

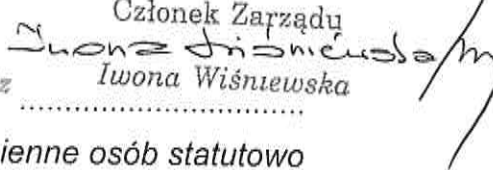
Stargardzkiego

Działając w imieniu Samorządu Powiatu wyrażam/my
gotowość realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II”.

.....
miejscowość i data

Wicestarosta

Marek Stankiewicz

Członek Zarządu

Iwona Wiśniewska

(podpisy i pieczętki imienne osób statutowo
uprawnionych do reprezentowania Powiatu)

Wniosek złożono
W.....PFRON
w dniu.....

Nr sprawy:
Wypełnia PFRON

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach „Programu wyrównywania różnic między regionami II”

Pouczenie:


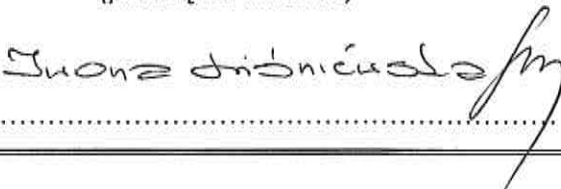
We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „**Nie dotyczy**”.

Część 1 WNIOSKU: Dane i informacje o Projektodawcy

1. Nazwa i adres Projektodawcy

Pełna nazwa: POWIAT STARGARDZKI			
STARGARD SZCZECIŃSKI	SKARBOWA	1	73-110
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
STARGARD SZCZECIŃSKI	STARGARDZKI	ZACHODNIPO- MORSKIE	091
Gmina	Powiat	Województwo	Nr kierunkowy
48 04 909	48 04 901	powiatstargardzki.pl	pcpr@powiatst argardzki.pl
Nr telefonu	Nr fax	adres http://www	e-mail

2. Osoby uprawnione do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

(pieczęćka imienna)	(pieczęćka imienna)
	
podpis.....	podpis.....

3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON

Czy Projektodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	tak: <input checked="" type="checkbox"/>	nie:
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON	NIE DOTYCZY	
Czy Projektodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input checked="" type="checkbox"/>
Numer identyfikacyjny PFRON	32Y0208JO	
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku	NIE DOTYCZY	

4. Informacje o Projektodawcy

811 68 42 10	854-22-28-620
REGON	Nr identyfikacyjny NIP
PKO BP S.A. O/STARGARD SZCZECIŃSKI	78 1020 4867 0000 1302 0007 8428
Nazwa banku	Nr rachunku bankowego
Czy Projektodawca jest podatnikiem VAT: tak: <input checked="" type="checkbox"/> nie:	
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: <input checked="" type="checkbox"/> nie: podstawa prawna: art. 86 ust. 1 ustawy o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2004 r. Nr 54, poz. 535)	

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

Czy Projektodawca korzystał 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
NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY
NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY
NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY
NIE DOTYCZY	Razem kwota przyznana:	NIE DOTYCZY	Razem kwota rozliczona:	NIE DOTYCZY

6. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie (wypełnia PFRON)	Data uzupełnienia
		tak	nie		
1.	Aktualny samorządowy program działań na rzecz osób niepełnosprawnych, lub wyciąg z programu samorządowego, wskazujący na zgodność 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 Projektodawcy		x		
3.	Zaświadczenie z ZUS 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: 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		
5.	Wydane przez bank (banki) zaświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego (rachunków bankowych), wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku)		x		

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wniosku:

pieczęćka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

Część 2 WNIOSKU: Informacje o projektach

1. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez Projektodawcę w ramach obszaru A programu:

Lp.	Nazwa projektu
	NIE DOTYCZY
	NIE DOTYCZY
	NIE DOTYCZY

2. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez Projektodawcę w ramach obszaru B programu:

Lp.	Nazwa projektu
	NIE DOTYCZY
	NIE DOTYCZY
	NIE DOTYCZY

3. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę w ramach obszaru C programu:

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu
	NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY
	NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY
	NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY

4. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez Projektodawcę w ramach obszaru D programu:

Lp.	Nazwa projektu
1.	ZAKUP SAMOCHODU OSOBOWEGO, ZWANEGO DALEJ „MIKROBUSEM”, 9 – MIEJSCOWEGO, KTÓRY BĘDZIE SŁUŻYŁ DO PRZEWOZU OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH, UCZESTNIKÓW WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ W DZWONOWIE

5. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez Projektodawcę w ramach obszaru F programu:

Lp.	Nazwa projektu
	NIE DOTYCZY
	NIE DOTYCZY
	NIE DOTYCZY

6. Projekt planowany do realizacji przez Powiat w ramach obszaru G programu:

Lp.	Nazwa projektu
	NIE DOTYCZY
	NIE DOTYCZY
	NIE DOTYCZY

Część 2A WNIOSKU: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru A programu

UWAGA!

W przypadku większej ilości projektów zgłoszonych w części 2 Wniosku, część 2A 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, którego wyposażenia w sprzęt rehabilitacyjny dotyczy projekt 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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie		
1.	Wykaz sprzętu, zawierający nazwę sprzętu rehabilitacyjnego, jego przeznaczenie i cenę oraz oferty cenowe	NIE DOTYCZY			
2.	Opinia wojewódzkiej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia inwestycji, której dotyczy projekt dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie	NIE DOTYCZY			
3.	Oświadczenie samorządu wojewódzkiego o zgodności projektu z samorządowym programem działań na rzecz osób niepełnosprawnych	NIE DOTYCZY			
4.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II”	NIE DOTYCZY			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2A Wniosku:

pieczęćka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

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): **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 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 dzieci i młodzieży niepełnosprawnej uczęszczających do placówki edukacyjnej, której dotyczy projekt, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie, lub liczba osób niepełnosprawnych, które zostały poddane leczeniu w zakładzie opieki zdrowotnej, którego dotyczy projekt w ostatnim miesiącu roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie	niepełnosprawni ogółem	niepełnosprawni do 18 roku życia
	NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY
	niepełnosprawni pełnoletni na wózkach	niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach
	NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY
b) liczba placówek edukacyjnych lub zakładów opieki zdrowotnej położonych na terenie powiatu, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie	NIE DOTYCZY	
c) liczba placówek edukacyjnych lub liczba zakładów opieki zdrowotnej położonych na terenie powiatu, kompleksowo dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie	NIE DOTYCZY	
d) wysokość środków przeznaczonych w planie beneficjenta na likwidację barier architektonicznych w placówkach edukacyjnych lub zakładach opieki zdrowotnej, na rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie	NIE DOTYCZY	

5. Koszt realizacji projektu

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

6. Informacje uzupełniające

NIE DOTYCZY

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełnion o tak/nie (wypełnia PFRON)	Data uzupełnienia
		tak	nie		
1.	Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kosztorysami, wycenami i ofertami	NIE DOTYCZY			
2.	Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń oferty cenowe	NIE DOTYCZY			
3.	Dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów	NIE DOTYCZY			
4.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu	NIE DOTYCZY			
5.	Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów	NIE DOTYCZY			
6.	Zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów	NIE DOTYCZY			
7.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie	NIE DOTYCZY			
8.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 5 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II”	NIE DOTYCZY			

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 Wniosku): NIE DOTYCZY

Nazwa spółdzielni :. NIE DOTYCZY.....

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

NIP . NIE DOTYCZY ;REGON NIE DOTYCZY ; Nr identyfikacyjny PFRON NIE DOTYCZY

Czy spółdzielnia jest płatnikiem VAT tak nie

Podstawa prawna zwolnienia z podatku vat NIE DOTYCZY

Wnioskodawca 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 ;

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	umiarkowa ny	znaczny
	NIE DOTYCZY	NIE DOT YCZ Y	NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY
b) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na utworzenie spółdzielni socjalnej osób prawnych, na rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie	NIE DOTYCZY			

5. Koszt realizacji projektu

A.	Łączny koszt realizacji projektu: NIE DOTYCZY słownie złotych: NIE DOTYCZY
B.	Własne środki przeznaczone na realizację projektu: NIE DOTYCZY słownie złotych: NIE DOTYCZY
C.	Inne źródła finansowania ogółem (<i>środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON</i>): NIE DOTYCZY słownie złotych: NIE DOTYCZY
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: NIE DOTYCZY 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 (j.t. Dz.U. z 2007 Nr 59, poz. 404 z późn. zm.) 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 2C Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie		
1.	Wykaz robót adaptacyjnych pomieszczeń spółdzielni, ich opis i koszt wraz z kosztorysami, wycenami i ofertami	NIE DOTYCZY			
2.	Wykaz urządzeń i sprzętu niezbędnego do adaptacji pomieszczeń spółdzielni wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych	NIE DOTYCZY			
3.	Dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów	NIE DOTYCZY			
4.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu	NIE DOTYCZY			
5.	Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów	NIE DOTYCZY			
6.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie	NIE DOTYCZY			
7.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 6 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II”	NIE DOTYCZY			
8.	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			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2C Wniosku:

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):

Zakup samochodu osobowego, zwanego dalej „Mikrobusem”, 9 – miejscowego, który będzie służył do przewozu osób niepełnosprawnych, uczestników Warsztatu Terapii Zajęciowej w Dzwonowie.

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

Zakup mikrobusu 9-osobowego, za pomocą którego będą dokonywane przewozy osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Powiatu Stargardzkiego (w gminach: Marianowo, Stara Dąbrowa, Stargard Szczeciński, Dobrzany, Ińsko, Chociwel i Suchań) do Warsztatu Terapii Zajęciowej w Dzwonowie, gdzie realizowane są Indywidualne Programy Rehabilitacji każdego uczestnika, mające na celu rehabilitację społeczną i zawodową, poprzez stosowanie różnorodnych form z zakresu terapii zajęciowej.

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

Nazwa jednostki organizacyjnej projektodawcy, która będzie dysponować pojazdem

WARSZTAT TERAPII ZAJĘCIOWEJ

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

DZWONOWO 62, 73-121 MARIANOWO, POWIAT STARGARDZKI, WOJEWÓDZTWO ZACHODIOPOMORSKIE

NIP 8542194393; REGON 812434052; Nr identyfikacyjny PFRON* NIE DOTYCZY

*należy wypełnić jeżeli posiada

2. Uzasadnienie potrzeby zakupu pojazdu (pojazdów) do przewozu osób niepełnosprawnych

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

Towarzystwo Rozwoju Gminy Marianowo od grudnia 2003 r. prowadzi Warsztat Terapii Zajęciowej Dzwonowie. Obecnie uczestniczy w nim 40 osób niepełnosprawnych zamieszkujących gminy: Marianowo, Stargard Szczeciński, Stara Dąbrowa, Ińsko, Chociwel, Dobrzany i Suchań. Stowarzyszenie dysponuje 9-osobowym mikrobusem, Volkswagenem Transporterem T5, który został zakupiony w 2004 r., przy dofinansowaniu ze środków PFRON, z „Programu wyrównywania różnic między regionami”. Na dzień dzisiejszy samochód jest mocno wyeksploatowany. Codziennie, od poniedziałku do piątku, uczestnicy Warsztatu Terapii Zajęciowej w Dzwonowie są nim dowożeni na zajęcia i z powrotem. Każdego dnia bus przejeżdża trasę ok. 300 km. W chwili obecnej samochód ma 460 000 przebiegu. Wymaga ciągłych napraw, co znacznie utrudnia pracę w WTZ. W przypadku awarii busa, uczestnicy nie mają możliwości samodzielnie dojechać do Warsztatu, bowiem w większości zamieszkują małe wsie z barierami komunikacyjnymi. Mają więc częste przerwy w uczestnictwie w zajęciach WTZ. To z kolei źle wpływa na ich stan zdrowia, ponieważ nie ma ciągłości i systematyczności, niezbędnej w procesie rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Nie bez znaczenia są także koszty ciągłych napraw busa. Biorąc pod uwagę czas od stycznia 2011 r. do czerwca 2012 r. – na naprawę busa przeznaczono około 30 000 zł. Powyższe argumenty jednoznacznie przemawiają za koniecznością zakupu nowego pojazdu, poprzez który stworzone zostaną odpowiednie warunki umożliwiające osobom niepełnosprawnym pełne uczestnictwo w życiu społecznym oraz korzystanie z rehabilitacji w pełnym tego słowa znaczeniu, w myśl zasady wyrównywania różnic między regionami.

3. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

Uczestnicy, którzy dowożeni są na zajęcia do Warsztatu Terapii Zajęciowej w Dzwonowie zamieszkują gminy: Marianowo, Chociwel, Ińsko, Suchań, Stargard Szczeciński, Stara Dąbrowy i Dobrzany. Każdego dnia od poniedziałku do piątku wykonywane są przewozy osób niepełnosprawnych z ich miejsca zamieszkania do WTZ w Dzwonowie, a po zakończonej rehabilitacji z powrotem do domu. Uczestnicy WTZ w Dzwonowie przewożeni są także busem na imprezy organizowane specjalnie dla osób niepełnosprawnych, w tym zawody sportowe, kulturalne, festiwale, festyny, kiermasze itp. Trasa pokonywana każdego dnia wynosi około 300 km.

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

Warsztat terapii Zajęciowej w Dzwonowie jest jedynym warształem w Powiecie Stargardzki skupiającym uczestników zamieszkujących tak rozległy teren (7 gmin). W WTZ prowadzone są w szczególności działania rehabilitacyjne dla osób niepełnosprawnych zamieszkujących małe wsie z barierami komunikacyjnymi, gdzie nie ma żadnych szans na wsparcie z zakresu ochrony zdrowia i zastosowania jakiegokolwiek rehabilitacji. Przewozy uczestników z odległych terenów wiejskich są jedyną szansą na ich aktywne i efektywne uczestnictwo w WTZ w Dzwonowie. Bez dowozów, osoby niepełnosprawne nie miałyby szans dojechać na zajęcia, przez co skazane byłyby na pobyt w domu, bez żadnego wsparcia i możliwości zrehabilitowania się pod względem ruchowym, społecznym, i zawodowym.

5. Harmonogram realizacji projektu

Rozpoczęcie realizacji projektu (*dzień, miesiąc, rok*): 01.11.2012 r.

Przewidywany czas realizacji (*w miesiącach*): Biorąc pod uwagę konieczność przeprowadzenia przetargu na zakup busa, wyłonienie oferenta i samo dokonanie zakupu, przewidywany czas realizacji zadania wyniesie około 2 miesięcy.

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 terytorialnego 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 terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie	osoby niepełnosprawne		
	pełnoletnie	Do 18 roku życia	łącznie
	30	0	30
	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, na rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie	40 % wartości pojazdu , jednak nie więcej niż 46 600,00 zł		

7. Koszt realizacji projektu

A.	Łączny koszt realizacji projektu: 116 500 zł słownie złotych: sto szesnaście tysięcy pięćset złotych
B.	Własne środki przeznaczone na realizację projektu: 46 600 zł słownie złotych: czterdzieści sześć tysięcy sześćset złotych
C.	Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): 0 zł słownie złotych: zero złotych
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: 69 900 zł słownie złotych: sześćdziesiąt dziewięć tysięcy dziewięćset złotych

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, markę 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 wraz z ofertami cenowymi	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. 7 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II”	x			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wniosku:

pieczęćka 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 projektuRozpoczęcie realizacji projektu (*dzień, miesiąc, rok*): NIE DOTYCZYPrzewidywany 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, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie	NIE DOTYCZY

5. Koszt realizacji projektu

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

6. Informacje uzupełniające

NIE DOTYCZY

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2 F 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			
2.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie	NIE DOTYCZY			
3.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 9 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II”	NIE DOTYCZY			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wniosku:

pieczęćka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

Część 2G WNIOSKU: Informacje o projekcie planowanym do realizacji w ramach obszaru G programu

1. Opis projektu

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

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 słownie złotych NIE DOTYCZY
B.	Wnioskowana kwota ze środków PFRON: NIE DOTYCZY słownie złotych: NIE DOTYCZY

6. Informacje uzupełniające

NIE DOTYCZY

.....

.....

.....

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	(wypełnia PFRON)	
1.	Dokument potwierdzający wysokość środków algorytmu zabezpieczonych w planie finansowym powiatu na realizację zadań własnych dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych	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			
3.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 10 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II”	NIE DOTYCZY			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2G Wniosku:

pieczęćka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

Oświadczenia Jednostki samorządu terytorialnego

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 II”

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 przez Jednostkę samorządu informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuję o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku

..... dniar.

.....
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.