

Wystąpienie złożono
w.....PFRON
w dniu.....

Nr sprawy:
.....

Wypełnia PFRON

WYSTĄPIENIE

w sprawie uczestnictwa jednostki samorządu terytorialnego
w realizacji „Programu wyrównywania różnic między
regionami II”

Pouczenie:


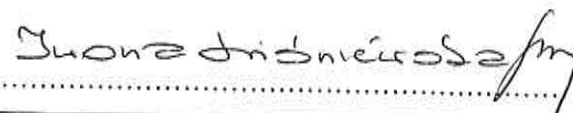
W wystąpieniu należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”.

Część 1 WYSTĄPIENIA: Dane i informacje o Jednostce samorządu

1. Nazwa i adres Jednostki samorządu

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

2. Osoby uprawnione do reprezentacji Jednostki samorządu 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 checked="" type="checkbox"/>	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: <input checked="" type="checkbox"/>
Numer identyfikacyjny PFRON	32Y0208JO	
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia Wystąpienia	NIE DOTYCZY	

4. Informacje o Jednostce samorządu

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

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		
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 Wystąpienia

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	(wypełnia PFRON)	
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 Wystąpienie podpisane jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Jednostki samorządu		x		
3.	Zaświadczenie z ZUS 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		
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 wystąpienia) – 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 wystąpienia)		x		
6.	Informacja o wszystkich złożonych do jednostki samorządu projektach, sporządzona zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik do wystąpienia	x			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wystąpienia:

pieczętka imienna, podpis pracownika PFRON

data podpis:

Część 2 WYSTĄPIENIA: Informacje o projektach

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

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

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

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

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

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

4. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę do Jednostki samorządu, 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 samochodu osobowego zwanego dalej „mikrobusem”, 9-miejscowego, który będzie służył do przewozu osób niepełnosprawnych, uczestników Warsztatu Terapii Zajęciowej w Dzwonowie

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

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

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

UWAGA!

W przypadku większej ilości projektów zgłoszonych w części 2 Wystąpienia, **część 2A** 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) NIE DOTYCZY.....

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

Czy projektodawca jest podatnikiem VAT tak 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: nie:

podstawa prawna: NIE DOTYCZY

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

3. Harmonogram realizacji projektu

Rozpoczęcie realizacji projektu (<i>dzień, miesiąc, rok</i>):	NIE DOTYCZY
Przewidywany czas realizacji (<i>w miesiącach</i>):	NIE DOTYCZY

4. Wartość wskaźników bazowych:

	niepełnosprawni ogółem	niepełnosprawni do 18 roku życia
a) liczba miejsc przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych w obiekcie służącym rehabilitacji osób niepełnosprawnych, którego dotyczy projekt, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie	NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY
b) liczba osób niepełnosprawnych, które średniomiesięcznie korzystały z rehabilitacji w obiekcie służącym rehabilitacji osób niepełnosprawnych, którego dotyczy projekt w roku poprzedzającym rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie	NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY
c) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na wyposażenie obiektu służącego rehabilitacji osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny, 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.	Środki własne Projektodawcy 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 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 2A Wystąpienia

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia		Uzupełnion o tak/nie (wypełnia PFRON)	Data uzupełnienia
		tak	nie		
1.	Wykaz sprzętu z kopiami ofert cenowych, zawierający nazwę sprzętu rehabilitacyjnego, jego przeznaczenie i cenę	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 realizatora programu (samorząd wojewódzki) 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 Wystąpienia:

pieczętka imienna, podpis pracownika PFRON

data podpis:

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) NIE DOTYCZY.....

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

Czy projektodawca jest podatnikiem VAT tak 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: 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): NIE DOTYCZY.....

NIP* - NIE DOTYCZY; REGON* - NIE DOTYCZY; Nr identyfikacyjny PFRON* - NIE DOTYCZY;

*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:

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.	Środki własne Projektodawcy 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 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 2B Wystąpienia

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia		Uzupełnio no tak/nie (wypełnia PFRON)	Data uzupełnienia
		tak	nie		
1.	Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami kosztorysów, wycen i ofert	NIE DOTYCZY			
2.	Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych	NIE DOTYCZY			
3.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie	NIE DOTYCZY			
4.	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 Wystąpienia:

pieczętka imienna, podpis pracownika PFRON

data podpis

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

UWAGA!

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
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 <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
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: <input type="checkbox"/> nie: <input type="checkbox"/> podstawa prawna: NIE DOTYCZY
Cel projektu: (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu) NIE DOTYCZY
Projekt dotyczy terenu: miejskiego <input type="checkbox"/> ; wiejskiego <input type="checkbox"/> ; miejsko-wiejskiego <input type="checkbox"/> ;
Nazwa zakładu spółdzielni socjalnej osób prawnych, w którym adaptowane są pomieszczenia do potrzeb osób niepełnosprawnych i tworzone są 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
	NIE DOTYCZY	NIE DOTYCZY	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.	Środki własne Projektodawcy przeznaczone na realizację projektu: NIE DOTYCZY
	słownie złotych: NIE DOTYCZY
C.	Inne źródła finansowania ogółem (<i>środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje –</i>

	z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): NIE DOTYCZY.....zł 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 r. 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 Wystąpienia

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia		Uzupełnio no tak/nie (wypełnia PFRON)	Data uzupełnienia
		tak	nie		
1.	Wykaz robót adaptacyjnych pomieszczeń spółdzielni, ich opis i koszt wraz z kopiami kosztorysów, wycen i ofert	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.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie	NIE DOTYCZY			
4.	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			
5.	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 Wystąpienia:

pieczęćka 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 samochodu osobowego zwanego dalej „mikrobusem” , 9-miejscowego , który będzie służył do przewozu osób niepełnosprawnych, uczestników Warsztatu Terapii Zajęciowej w Dzwonowie

Nazwa Projektodawcy: TOWARZYSTWO ROZWOJU GMINY MARIANOWO

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy : UL. MIESZKA I 1, 73-121 MARIANOWO
NIP - 854-21-94-393 ;REGON - 812434052; 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: NIE DOTYCZY

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

Zakup mikrobusa 9 –osobowego, za pomocą którego będą dokonywane przewozy niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Powiatu Stargardzkiego i 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, zawodową, poprzez stosowanie różnorodnych form z zakresu rehabilitacji zajęciowej.

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

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

Towarzystwo Rozwoju Gminy Marianowo od grudnia 2003 r. prowadzi WTZ w Dzwonowie. Obecnie uczestniczy w nim 40 osób niepełnosprawnych, zamieszkujących gminy: Marianowo, Stara Dąbrowa, Stargard Szczeciński, Dobrzany, Ińsko, Chociwel 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 już 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 460000 przebiegu. Wymaga ciągłych napraw, co znacznie utrudnia pracę w WTZ. W przypadku awarii busa, uczestnicy nie mają możliwości samodzielnie dojechać do WTZ, w większości zamieszkują małe wsie z barierami komunikacyjnymi. Mają 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 mają także koszty ciągłych napraw busa biorąc pod uwagę czas od 01. 2011 r. do 06.2012 r.- na naprawę auta przeznaczono ok. 30 000 zł. Powyższe argumenty jednoznacznie przemawiają za koniecznością zakupu nowego pojazdu, poprzez który stworzymy 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

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

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

Warsztat Terapii Zajęciowej w Dzwonowie, jest jednym warsztatem w Powiecie skupiającym uczestników zamieszkałych tak rozległy teren (7 gmin). W Warsztacie prowadzone są w szczególności działania rehabilitacyjne dla osób niepełnosprawnych zamieszkujących małe wsie z barierami komunikacyjnymi, gdzie nie ma żadnych szans na wsparcie z zakresie 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 szansy 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

Przewidywany czas realizacji (*w miesiącach*):

Biorąc pod uwagę konieczność przeprowadzenia przetargu na zakup auta, wyłonienie oferenta i samo dokonanie zakupu, przewidywany czas realizacji wyniesie ok. 2 miesiące.

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 zł		

7. Koszt realizacji projektu

A.	Łączny koszt realizacji projektu: 116 500 zł słownie złotych: sto szesnaście tysięcy pięćset złotych
B.	Środki własne Projektodawcy przeznaczone na realizację projektu: 46 600 zł słownie złotych: czterdzieści sześć tysięcy sześćset złotych
C.	Inne źródła finansowania ogółem (<i>środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON</i>): 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 dotyczące pomocy publicznej

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (j.t. 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 ;

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	(wypełnia PFRON)	
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 kopiami ofert cenowych	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 Wystąpienia:

pieczętka 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) **NIE DOTYCZY**.....

NIP – **NIE DOTYCZY** ;REGON – **NIE DOTYCZY** ; Nr identyfikacyjny PFRON – **NIE DOTYCZY**;

Czy projektodawca jest podatnikiem VAT tak 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: 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 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.	Środki własne Projektodawcy 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.	Środki PFRON 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 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 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 2F Wystąpienia

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia		Uzupełnion o tak/nie (wypełnia PFRON)	Data uzupełnienia
		tak	Nie		
1.	Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami kosztorysów, wycen i ofert	NIE DOTYCZY			
2.	Wykaz wyposażenia wraz z opisem jego przeznaczenia i ceną oraz kopie ofert cenowych	NIE DOTYCZY			
3.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie	NIE DOTYCZY			
4.	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 Wystąpienia:

pieczętka imienna, podpis pracownika PFRON

data podpis

Oświadczenia Jednostki samorządu terytorialnego

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 II”

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 przez Jednostkę samorządu 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 Jednostki samorządu 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.

Starostwo Powiatowe
ul. Skarbowa 1
73-110 Stargard Szczeciński

**Informacja o projektach złożonych do jednostki samorządu
terytorialnego w ramach
„Programu wyrównywania różnic między regionami II”
według stanu na dzień 26.07.2012 r.
DOTYCZY: projektów z 2012 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 A	0	0	0	0	0	0	0
OBSZAR B	0	0	0	0	0	0	0
OBSZAR C	0	0	0	0	0	0	0
OBSZAR D	1	1	69 900 zł	0	0	0	0
OBSZAR F	0	0	0	0	0	0	0
RAZEM	1	1	69 900 zł	0	0	0	0

Wnioskowana kwota na koszty obsługi programu przez realizatora (maksymalnie do 2,5% wartości sumy kwot wnioskowanych z projektów pozytywnie zweryfikowanych pod względem formalnoprawnym i merytorycznym) **1 747,50** złotych

....., dnia,
(miejscowość)

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