

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:			
.....			
.....			
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Gmina	Powiat	Województwo	Nr kierunkowy
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 type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy Projektodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Numer identyfikacyjny PFRON		
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wnioskuzł	

4. Informacje o Projektodawcy

REGON	Nr identyfikacyjny NIP
Nazwa banku	Nr rachunku bankowego
Czy Projektodawca jest podatnikiem VAT:	tak: <input type="checkbox"/> nie: <input type="checkbox"/>
podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT	
Wnioskodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak: <input type="checkbox"/> nie: <input type="checkbox"/>	
podstawa prawna:.....	

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
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

6. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	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				
2.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Projektodawcy				
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				
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				
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)				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wniosku:

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

Część 2 WNIOSKU: Informacje o projektach

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

Lp.	Nazwa projektu

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

Lp.	Nazwa projektu

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

Lp.	Nazwa i adres Projektodawcy	Nazwa projektu

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

Lp.	Nazwa projektu

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

Lp.	Nazwa projektu

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

Lp.	Nazwa projektu

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):

.....
.....

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
.....

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

.....

NIP.....; REGON; Nr identyfikacyjny PFRON*

* należy wypełnić jeżeli posiada

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		
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		
c) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na wyposażenie obiektu służącego rehabilitacji osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie		

5. Koszt realizacji projektu

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

Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier oraz nazwa i adres jednostki organizacyjnej projektodawcy prowadzącej obiekt

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

NIP.....; REGON; Nr identyfikacyjny PFRON*

*należy wypełnić jeżeli posiada

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

3. Harmonogram realizacji projektu

Rozpoczęcie realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok):

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

4. Wartość wskaźników bazowych:

	niepełnosprawni ogółem	niepełnosprawni do 18 roku życia
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 pełnoletni na wózkach	niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach
b) liczba placówek edukacyjnych lub urzędów 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		
c) liczba placówek edukacyjnych lub urzędów 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		
d) wysokość środków przeznaczonych w planie beneficjenta na likwidację barier architektonicznych w placówkach edukacyjnych lub urzędach lub zakładach opieki zdrowotnej, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie		

5. Koszt realizacji projektu

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

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

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

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):

.....
.....

Nazwa spółdzielni :..... Adres

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

NIP; REGON; Nr identyfikacyjny PFRON

Czy spółdzielnia jest płatnikiem VAT tak nie

Podstawa prawna zwolnienia z podatku vat

Wnioskodawca jest płatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania

kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak: nie:

podstawa prawna:.....

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

.....
.....
.....

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

Nazwa zakładu spółdzielni socjalnej osób prawnych, w którym adaptowane są pomieszczenia do potrzeb osób niepełnosprawnych i tworzone są stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych.....

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

5. Koszt realizacji projektu

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

6. 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 Nr 59, poz. 404 z późn. zm.) tak nie

Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą tak nie ;

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

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

Planowana pomoc jest pomocą *de minimis* tak nie ;

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

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

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):

.....
.....

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Nazwa jednostki organizacyjnej projektodawcy, która będzie dysponować pojazdem

.....
.....

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

.....
.....

NIP.....; REGON; Nr identyfikacyjny PFRON*

* należy wypełnić jeżeli posiada

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach Liczba autobusów , w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach		
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
	pełnoletnie na wózkach	do 18 roku życia na wózkach	łącznie na wózkach
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			

7. Koszt realizacji projektu

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

Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie wtz oraz nazwa i adres jednostki organizacyjnej projektodawcy prowadzącej obiekt

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

NIP.....; REGON; Nr identyfikacyjny PFRON*

*należy wypełnić jeżeli posiada

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

3. Harmonogram realizacji projektu

Rozpoczęcie realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok):

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

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)				
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. 9 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II”				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wniosku:

pieczęćka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Harmonogram realizacji projektu

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

.....

Przewidywany czas realizacji (*w miesiącach*):

.....

4. Wartość wskaźników bazowych:

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

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 projektuzł słownie złotych
B.	Wnioskowana kwota ze środków PFRON:zł słownie złotych:

6. Informacje uzupełniające

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	Dokument potwierdzający wysokość środków algorytmu zabezpieczonych w planie finansowym powiatu na realizację zadań własnych dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych				
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. 10 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II”				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2G Wniosku:

<p><i>pieczętka imienna, podpis pracownika PFRON</i></p>
<p><i>data, podpis:</i></p>

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.

Wnioskuje o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku	
..... dniar.	
.....
<i>pieczętka imienna</i>	<i>pieczętka imienna</i>
<i>podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych</i>	

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.*