Załącznik nr 3

Nr sprawy:

*pieczęć Oddziału PFRON wraz z datą wpływu - wypełnia PFRON*

do uchwały nr 15/2013

Zarządu PFRON

z dnia 22 lutego 2013 r.

(tekst jednolity)

## WYSTĄPIENIE REALIZATORA PROGRAMU

## o przyznanie środków PFRON na realizację pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 20........... roku

## Uwaga:

Wystąpienie należy złożyć jeden raz w każdym roku realizacji programu. W wystąpieniu należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać ”nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

1. **Dane dotyczące Realizatora programu**

|  |
| --- |
| Pełna nazwa samorządu powiatowego: ......................................................................................................................................................................................................................... |
| Nazwa i adres jednostki organizacyjnej, która składa wystąpienie (*o ile dotyczy*): ............................................................................................................................................................................ |
|  |  |  |  |
| Kod pocztowy | Miejscowość | Al./Ulica | Nr posesji |
|  |  |  |  |
| Nr telefonu | Nr fax | adres witryny internetowej | adres poczty elektronicznej |
|  |  |
| REGON | Nr identyfikacyjny NIP |
| Nazwa i adres jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego, wskazanej do realizacji programu: ............................................................................................................................................................................................................................................................................ |
|  |  |  |  |
| Kod pocztowy | Miejscowość | Ulica | Nr posesji |
|  |  |  |  |
| Gmina  | Powiat  | Województwo | Nr kierunkowy |
|  |  |  |  |
| Nr telefonu | Nr fax | adres witryny internetowej | adres poczty elektronicznej |
|  |  |
| REGON | Nr identyfikacyjny NIP |

*Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*

**2. Osoby uprawnione do reprezentacji Realizatora programu i zaciągania zobowiązań finansowych**

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczątka imienna)*podpis............................................................. | *(pieczątka imienna)*podpis............................................................. |

3. Informacja Realizatora programu dotycząca rachunku bankowego wydzielonego wyłącznie dla środków PFRON przekazywanych w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Nazwa banku | Nr rachunku bankowego wydzielonego dla środków PFRON |
|  |
| Właściciel rachunku bankowego |

**4. Informacje dotyczące wnioskowanej kwoty na realizację programu** *(w pkt 1) należy wskazać przewidywane w danym roku potrzeby w poszczególnych modułach programu; środki PFRON na realizację programu będą przyznane zgodnie z zasadami wskazanymi w programie; jeżeli jednak kwota wnioskowana będzie niższa niż kwota wyliczona przez PFRON, środki zostaną przekazane w wysokości wnioskowanej)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przeznaczenie środków** | **Moduł I** | **Moduł II** | **Łącznie** |
| wydatki § 3030 (transfery dla ludności) | wydatki § 3030 (transfery dla ludności) |
| **1) realizacja form wsparcia**  |  |  |  |
| **2) obsługa programu (maksymalnie 5%)** |  |
| **3) promocja programu (maksymalnie 1%)** |  |
| **4) ewaluacja programu (maksymalnie 0,5%)** |  |
| **Razem**  |  |

*W przypadku, gdy Realizator programu występuje także na rzecz osób niepełnosprawnych z terenu działania innego samorządu powiatowego, należy dołączyć załącznik do wystąpienia, obejmujący ww. tabelę, obejmującą realizację programu na terenie samorządu powiatowego, który nie przystąpił do realizacji programu.*

str.2

*Wystąpienie o przyznanie środków PFRON na realizację pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*

*Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*

**5. Załączniki (dokumenty) wymagane do wystąpienia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | Załączono do wystąpienia | Uzupełniono tak/nie | Data uzupełnienia |
| tak | nie | *(wypełnia PFRON)* |
| 1. | Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wystąpienie podpisane jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania Realizatora programu |  |  |  |  |
| 2. | Wydane przez bank zaświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego wydzielonego dla środków PFRON wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wystąpienia)albo umowa otwarcia rachunku lub aneks do umowy o otwarciu nowego rachunku |  |  |  |  |
| 3.  | Inne załączniki (należy wymienić): |  |  |  |  |

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów do wystąpienia:

*pieczątka imienna, data i podpis pracownika PFRON*

#### **Oświadczenia Realizatora programu:**

**Oświadczam**, że podane w wystąpieniu informacje są zgodne z prawdą.

**Oświadczam**, że znane są mi zapisy pilotażowego programu „Aktywny samorząd” oraz dokumentu pn. „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, w odniesieniu do wniosków złożonych w **20.......roku** i zobowiązuję się do ich stosowania.

**Oświadczam**, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wystąpienia wyrażam zgodę na opublikowanie uchwały Zarządu PFRON lub decyzji Pełnomocników Zarządu PFRON przyznającej środki PFRON na realizację pilotażowego programu „Aktywny samorząd”.

**Oświadczam**, że na dzień złożenia wystąpienia reprezentowany przeze mnie podmiot oraz jednostka organizacyjna odpowiedzialna za realizację pilotażowego programu „Aktywny samorząd” nie posiadają wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Urzędu Skarbowego oraz wobec organów i instytucji wykonujących zadania z zakresu administracji publicznej oraz zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON.

**Uwaga!**

**Podanie przez Realizatora programu informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wystąpienie z dalszego rozpatrywania.**

................................................... dnia .................................r.

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

 *pieczątka imienna pieczątka imienna*

*podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Realizatora programu i zaciągania zobowiązań finansowych*

str.3

*Wystąpienie o przyznanie środków PFRON na realizację pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*

*Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*

*Wypełnia PFRON*

*Decyzje dotyczą środków finansowych na realizację programu na terenie jednego samorządu powiatowego. W przypadku, gdy Realizator programu występuje także na rzecz osób niepełnosprawnych z terenu działania innego samorządu powiatowego, który nie przystąpił do realizacji programu, tabelę należy powielić i wypełnić odpowiednio.*

|  |
| --- |
| **DECYZJA PEŁNOMOCNIKÓW ZARZĄDU PFRON – I TRANSZA**  |
| **pozytywna**: ** negatywna**: **** |
|  |  |  |  |
| **PRZYZNANA KWOTA NA REALIZACJĘ PROGRAMU W 20…. r.:** |
| **Przeznaczenie środków** | **Moduł I** | **Moduł II** | **Łącznie** |
| wydatki § 3030 (transfery dla ludności) | wydatki § 3030 (transfery dla ludności) |
| **1) realizacja form wsparcia**  |  |  |  |
| **2) obsługa programu (maksymalnie 5%)** |  |
| **3) promocja programu (maksymalnie 1%)** |  |
| **4) ewaluacja programu (maksymalnie 0,5%)** |  |
| **Razem**  |  |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**: |
|   |
|  …………………… ................................................................... ………………………………........................... |
|  data podpisy Pełnomocników Zarządu PFRON  |
|   |

Do wystąpienia załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy lub aneksu do umowy w sprawie realizacji programu oraz przekazania środków.

*pieczątki imienne pracowników Oddziału PFRON
przygotowujących/podpisujących umowę lub aneks do umowy w sprawie realizacji programu w …….. r.)*

 *data, podpis:*

str.4

*Wystąpienie o przyznanie środków PFRON na realizację pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*

*Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*

|  |
| --- |
| **DECYZJA PEŁNOMOCNIKÓW ZARZĄDU PFRON – II TRANSZA**  |
| **pozytywna**: ** negatywna**: **** |
|  |  |  |  |
| **PRZYZNANA KWOTA NA REALIZACJĘ PROGRAMU W 20…. r.:** |
| **Przeznaczenie środków** | **Moduł I** | **Moduł II** | **Łącznie** |
| wydatki § 3030 (transfery dla ludności) | wydatki § 3030 (transfery dla ludności) |
| **1) realizacja form wsparcia**  |  |  |  |
| **2) obsługa programu (maksymalnie 5%)** |  |
| **3) promocja programu (maksymalnie 1%)** |  |
| **4) ewaluacja programu (maksymalnie 0,5%)** |  |
| **Razem**  |  |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**: |
|   |
|  ................................................................... ................................................................... ………………………………........................... |
|  data podpisy Pełnomocników Zarządu PFRON  |
|   |

str.5

*Wystąpienie o przyznanie środków PFRON na realizację pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*