Załącznik nr 4 do procedur

Wystąpienie złożono w PFRON
w dniu

Nr sprawy:

(Wypełnia PFRON)

# WYSTĄPIENIEw sprawie uczestnictwa samorządu powiatowego w realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

**Pouczenie:**

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

## Część 1 WYSTĄPIENIA: Dane i informacje o Jednostce samorządu

### Nazwa i adres samorządu powiatowego

Pełna nazwa:

Miejscowość:

Ulica:

Nr posesji:

Kod pocztowy:

Gmina:

Powiat:

Województwo:

Imię i nazwisko osoby do kontaktu:

Numer telefonu osoby do kontaktu:

Adres www:

e-mail:

### Osoby uprawnione do reprezentacji samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych

(podpis i pieczątka imienna)

(podpis i pieczątka imienna)

### Informacje o samorządzie powiatowym

1. Numer identyfikacyjny NIP:
2. Numer identyfikacyjny PFRON:

### Załączniki (dokumenty) wymagane do Wystąpienia

1. Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wystąpienie podpisane jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania Jednostki samorządu:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

1. Oświadczenie dotyczące powiatu, starostwa powiatowego i jednostek organizacyjnych powiatu, których dotyczy wystąpienie o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

1. Oświadczenie dotyczące powiatu, starostwa powiatowego i jednostek organizacyjnych powiatu, których dotyczy wystąpienie o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wystąpienia:

pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON i data

## Część 2 WYSTĄPIENIA: Informacje o projektach

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

| Lp. | Nazwa i adres Projektodawcy | Nazwa Projektu |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

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

| Lp. | Nazwa i adres Projektodawcy | Nazwa Projektu |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

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

| Lp. | Nazwa i adres Projektodawcy | Nazwa Projektu |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

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

| Lp. | Nazwa i adres Projektodawcy | Nazwa Projektu |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

## 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

### Opis projektu

1. Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wystąpienia):
2. Nazwa Projektodawcy:
3. Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy)
4. NIP: ; Nr identyfikacyjny PFRON: ;
5. Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:
6. Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe)
Podstawa prawna:
7. Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):
8. Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: , w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych:
9. Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier:
10. Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):
11. NIP:
12. Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić, jeżeli posiada):

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

### Harmonogram realizacji projektu

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok):

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

### Wartość wskaźników bazowych

Liczba osób niepełnosprawnych uczęszczających do środowiskowego domu samopomocy, którego dotyczy projekt lub liczba dzieci i młodzieży niepełnosprawnej uczęszczających do placówki edukacyjnej, której dotyczy projekt, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie, z wyszczególnieniem dzieci i młodzieży oraz osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich.

1. Niepełnosprawni ogółem:
2. Niepełnosprawni do 18 roku życia:
3. Niepełnosprawni pełnoletni na wózkach:
4. Niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach:

### Koszt realizacji projektu

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

### Informacje dotyczące pomocy publicznej

1. Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
2. Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
3. Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
4. Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
5. Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe);

### Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2B Wystąpienia

1. Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

1. Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

1. O ile dotyczy: kopia dokumentu potwierdzającego rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku: Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wystąpienia:

pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON i data

## 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

### Opis projektu

1. Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wystąpienia):
2. Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych:
3. Nazwa Projektodawcy:
4. Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy):
5. NIP:
6. Nr identyfikacyjny PFRON:
7. Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:
8. Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe)
Podstawa prawna:
9. Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):
10. Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt:
11. Nazwa zakładu spółdzielni socjalnej osób prawnych (której utworzenia dotyczy projekt), w którym adaptowane są pomieszczenia i tworzone stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych:
12. Dokładna lokalizacja zakładu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

### Harmonogram realizacji projektu

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok):

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

### Wartość wskaźników bazowych

Wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na utworzenie spółdzielni socjalnej osób prawnych, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie:

### Koszt realizacji projektu

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

### Informacje dotyczące pomocy publicznej

1. Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
2. Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
3. Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
4. Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
5. Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe);

### Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2C Wystąpienia

1. Porozumienie intencyjne w sprawie utworzenia spółdzielni socjalnej osób prawnych:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

1. Wykaz robót adaptacyjnych dotyczących obiektu spółdzielni, ich opis i koszt, wraz z kopiami wycen i ofert: Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

1. Wykaz urządzeń i sprzętu dotyczącego adaptacji obiektu spółdzielni wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

1. Wykaz wyposażenia spółdzielni, specyfikację niezbędnego wyposażenia oraz koszt:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

1. 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: Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2C Wystąpienia:

pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON i data

## 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

### Opis projektu

1. Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wystąpienia):
2. Nazwa Projektodawcy:
3. Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy):
4. NIP: ;
5. Nr identyfikacyjny PFRON: ;
6. Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:
7. Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe)
Podstawa prawna:
8. Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):
9. Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: , w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: .
10. Nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem:
11. Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):
12. NIP (należy wypełnić, jeżeli posiada):
13. Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić, jeżeli posiada): .

### Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

1. Nazwa placówki służącej rehabilitacji / warsztatu terapii zajęciowej / gminy, która będzie korzystać z pojazdu:
2. Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (dzień/ miesiąc/rok):
3. Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):
4. NIP (należy wypełnić jeżeli posiada):
5. Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić jeżeli posiada):
6. Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu:

### Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

### Harmonogram realizacji projektu

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok):

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

### Wartość wskaźników bazowych

1. liczba pojazdów (w rozbiciu na mikrobusy-pojazdy o liczbie miejsc 9 łącznie z kierowcą i autobusy) wykorzystywanych do przewozu osób niepełnosprawnych będących w posiadaniu beneficjenta, w tym pojazdów przystosowanych do przewozu osób na wózkach inwalidzkich, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie:
2. Liczba mikrobusów: , w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: ;
3. Liczba autobusów: , w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: .
4. liczba osób niepełnosprawnych, z wyodrębnieniem osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich, którym beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie:
5. Osoby niepełnosprawne łącznie: , w tym osoby pełnoletnie:
i osoby do 18 roku życia: ;
6. Osoby niepełnosprawne na wózkach łącznie: , w tym osoby pełnoletnie na wózkach: i osoby do 18 roku życia na wózkach:
7. wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie:
8. liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych / warsztatów terapii zajęciowej, których uczestnikom beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie:
9. Placówki służące rehabilitacji:
10. Warsztaty terapii zajęciowej:

### Koszt realizacji projektu

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

### Informacje dotyczące pomocy publicznej

Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);

1. Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
2. Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
3. Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
4. Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe);

### Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2D Wystąpienia

Wykaz pojazdów (wraz z kopiami ofert cenowych), których zakupu lub przystosowania dotyczy projekt zawierający rodzaj pojazdu, ilość miejsc do przewozu osób niepełnosprawnych, w tym miejsc przystosowanych do kotwiczenia wózków inwalidzkich wraz z informacja o dodatkowym wyposażeniu (winda, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wystąpienia:

pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON i data

## 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

### Przedmiot projektu

1. Utworzenie warsztatu terapii zajęciowej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
2. Remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej: Tak/Nie (wybierz właściwe).

### Opis projektu

1. Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wystąpienia):
2. Nazwa Projektodawcy:
3. Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy):
4. NIP: ;
5. Nr identyfikacyjny PFRON: ;
6. Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe);
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:
7. Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe);
Podstawa prawna:
8. Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):
9. Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: , w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych:
10. Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie WTZ / nazwa remontowanego lub modernizowanego WTZ:
11. Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):
12. NIP:
13. Nr identyfikacyjny PFRON (należy wypełnić, jeżeli posiada):

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

### Harmonogram realizacji projektu

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok):

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

### Wartość wskaźników bazowych

1. Liczba warsztatów terapii zajęciowej na terenie powiatu (według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie), w których zidentyfikowano ryzyko likwidacji miejsc dla osób niepełnosprawnych ze względu na degradację infrastruktury warsztatu (dotyczy projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej):
2. Wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie:
3. Wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na przeciwdziałanie degradacji infrastruktury istniejących warsztatów terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie (dotyczy projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej):

### Koszt realizacji projektu

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

### Informacje dotyczące pomocy publicznej

1. Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
2. Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą: Tak/Nie (wybierz właściwe);
3. Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
4. Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE: Tak/Nie (wybierz właściwe);
5. Planowana pomoc jest pomocą de minimis: Tak/Nie (wybierz właściwe);

### Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2F Wystąpienia

1. Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert – przypadku projektów których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji tworzonego lub istniejącego WTZ:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

1. Wykaz wyposażenia, urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz kopie ofert cenowych:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

**Wypełnia PFRON**

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia:

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wystąpienia:

pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON i data

## Oświadczenia samorządu powiatowego

1. **Oświadczam**, że podane w Wystąpieniu informacje są zgodne z prawdą.
2. **Oświadczam**, że znane są mi zapisy programu i procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”
3. **Oświadczam**, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego Wystąpienia wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wystąpienia.
4. **Oświadczam**, że na dzień sporządzenia Wystąpienia reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i zaległości
w obowiązkowych wpłatach na PFRON.
5. **Oświadczam**, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wystąpienia zostały zweryfikowane pod względem formalnym i merytorycznym.

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wystąpienie z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuję o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wystąpieniu

 , dnia r.

(pieczątka imienna)

(pieczątka imienna)

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych

**Pouczenie:**

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

W przypadku, gdy w formularzu Wystąpienia przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.