Załącznik nr 2 do Zasad

**Wystąpienie o przyznanie środków PFRON na realizację programu**
**„Samodzielność – Aktywność – Mobilność!” Dostępne mieszkanie**(ramowy wzór)

## Uwaga:

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 POWIATU, który przystąpił do realizacji 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 |

**2. Osoby uprawnione do reprezentacji POWIATU i zaciągania zobowiązań finansowych**

Podpis: …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Podpis: …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

3. Informacja POWIATU dotycząca rachunku bankowego wydzielonego wyłącznie dla środków przekazywanych w ramach programu „Dostępne mieszkanie”

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

**4. Informacje dotyczące wnioskowanej kwoty (w zł) na realizację programu** *(należy wskazać przewidywane potrzeby w ciągu wszystkich lat realizacji programu; jeżeli kwota wnioskowana będzie niższa niż kwota wyliczona przez PFRON, środki zostaną przekazane do wysokości kwoty wnioskowanej)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Razem,** **w tym:** | ............................................................................................ zł |
| **udzielanie dofinansowań**  | ............................................................................................ zł |
| **obsługa programu (maksymalnie do 5%)** | ............................................................................................ zł |

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

#### **Oświadczenia POWIATU:**

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

**Oświadczam**, że znane są mi zapisy programu „Samodzielność – Aktywność – Mobilność!”
- Dostępne mieszkanie oraz dokumentu pn. „Zasady realizacji programu (…)” 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 programu.

**Oświadczam**, że na dzień złożenia wystąpienia reprezentowany przeze mnie podmiot oraz jednostka organizacyjna odpowiedzialna za realizację programu 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 informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wystąpienie z dalszego rozpatrywania. **Załączniki (dokumenty) wymagane do wystąpienia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **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 POWIATU |  |  |  |  |
| 2. | Wydane przez bank zaświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego wydzielonego dla środków programu 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): |  |  |  |  |

…………....................................................................................................................................................

Miejscowość, data i podpisy osób statutowo uprawnionych do reprezentowania POWIATU
i zaciągania zobowiązań finansowych.

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów do wystąpienia.

……………………………………………..…

Data i podpis pracownika PFRON

Wypełnia PFRON

Decyzja dotyczy środków finansowych na realizację programu na terenie jednego POWIATU. W przypadku, gdy POWIAT 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:** |
| **Przeznaczenie środków:** | **Łącznie………………………………………………………….** |
| **1) udzielanie dofinansowań** | ....................................................................................... zł |
| **2) obsługa programu (maksymalnie do 5%)** | ....................................................................................... zł |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**: |

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

Data i podpisy Pełnomocników Zarządu PFRON

|  |
| --- |
| DECYZJA PEŁNOMOCNIKÓW ZARZĄDU PFRON – POWIAT ……………………………..….**pozytywna**: **negatywna**: |
| **PRZYZNANA DODATKOWA KWOTA NA REALIZACJĘ PROGRAMU:** |
| **Przeznaczenie dodatkowych środków:** | **Łącznie………………………………………………………….** |
| **1) udzielanie dofinansowań** | ....................................................................................... zł |
| **2) obsługa programu (maksymalnie do 5%)** | ....................................................................................... zł |

|  |  |
| --- | --- |
| **1) ŁĄCZNY limit POWIATU po zwiększeniu środków na udzielanie dofinansowań** | ....................................................................................... zł |
| **2) ŁĄCZNIE obsługa programu**  | ....................................................................................... zł |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**: |

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

Data i podpisy Pełnomocników Zarządu PFRON