**WNIOSEK**

## o dofinansowanie ze środków PFRON projektów

## w ramach obszaru D – likwidacja barier transportowych „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

|  |
| --- |
| Część 1 WNIOSKU: Dane i informacje o Projektodawcy |

**1. Nazwa i adres Projektodawcy**

|  |
| --- |
| Pełna nazwa: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |
|  |  |  |  |
| Miejscowość | Ulica | Nr posesji | Kod pocztowy |
|  |  |  |  |
| Gmina  | Powiat  | Województwo | Imię Nazwisko osoby do kontaktu |
|  |  |  |  |
| Nr telefonu osoby do kontaktu | Nr fax | adres http://www | e-mail |

2. Osoby uprawnione do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

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

**3. Informacje o Projektodawcy**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| REGON | Nr identyfikacyjny NIP |
| Czy Projektodawca jest podatnikiem VAT: tak nie podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT ................................................................... |
| Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak nie podstawa prawna: .......................................................................................................... |

**4. Opis projektu**

|  |
| --- |
| Nazwa projektu:....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... |
| Cel projektu: (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu).................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Planowana liczba osób niepełnosprawnych (z orzeczeniem o niepełnosprawności), których dotyczy projekt ……..…… W tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: ……………….. |
| Nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem ....................................................................................................................................... Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ...................................................................................................................................... NIP.....................\*; REGON ......................\*; Nr identyfikacyjny PFRON\* ....................; \*należy wypełnić jeżeli posiada |

5. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu

|  |
| --- |
| w przypadku obszernego opisu – w załączeniuNazwa placówki służącej rehabilitacji/warsztatu terapii zajęciowej/gminy, która będzie korzystać z pojazdu: ….......................................................................... ....................................................................................................................................... Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (dzień/ miesiąc/rok) ............................................................... Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ..................................................................................................................................... NIP....................\* REGON ...................... \* Nr identyfikacyjny PFRON\* ..................... \*należy wypełnić jeżeli posiada**Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu:**..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................…………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………. |

6. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów
na rzecz osób niepełnosprawnych

|  |
| --- |
| (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

7. Charakterystyka prowadzonej przez Projektodawcę działalności

|  |
| --- |
| (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu).................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

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

|  |
| --- |
| (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

9. Harmonogram realizacji projektu

|  |
| --- |
| Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu *(dzień, miesiąc, rok)*:......................................................................................................................................Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:......................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………. |

### 10. 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
 | **Liczba mikrobusów** ......................................**,**  **w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach** .......................................... **Liczba autobusów** ........................................**, w tym przystosowanych do przewozuosób na wózkach** ................................................... |
| 1. 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
 | **Osoby niepełnosprawne:- pełnoletnie: ………………………- do 18 roku życia: ………………..- łącznie: ………………- pełnoletnie na wózkach: …………………- do 18 roku życia na wózkach: …………..- łącznie na wózkach: …………………….** |
| 1. 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
 |  |
| 1. liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych, których uczestnikom beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie
 | **Placówki służące rehabilitacji:****Warsztaty terapii zajęciowej:** |

**11. Koszt realizacji projektu**

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

**12. Informacje dotyczące pomocy publicznej**

|  |
| --- |
| Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. 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 \* w przypadku zaznaczenia kwadratu Tak – należy dołączyć wymagane załączniki |

13. Dodatkowe informacje

|  |
| --- |
| ......................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………............................................................................................................................................................................................................................................................................. |

**14. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa załącznika | **Załączono do wniosku** | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia UM)*** |
| 1. | Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania Projektodawcy |  |  |  |  |
| 2. | Oświadczenie Projektodawcy, którego dotyczy wniosek o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników  |  |  |  |  |
| 3. | Oświadczenie Projektodawcy, którego dotyczy wniosek o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków |  |  |  |  |
| 4. | Oświadczenie o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON. |  |  |  |  |
| 5. | Wykaz pojazdów, których zakupu lub przystosowania dotyczy projekt (zgodnie z wzorem – załącznikiem w ogłoszeniu o naborze) |  |  |  |  |
| 6.  | Oświadczenie, że przedstawiona placówka spełnia warunki definicji „placówki służącej rehabilitacji osób niepełnosprawnych” zawartej w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”, zgodnie z rozdziałem II pkt 8 Programu |  |  |  |  |
| 7. | Oświadczenie, że Projektodawca spełnia warunki definicji organizacji pozarządowej zawartej w „Programie wyrównywania różnic między regionami III”, zgodnie z rozdziałem II pkt 5 Programu |  |  |  |  |
| 8. | Oświadczenie że Projektodawca nie otrzymał na podstawie odrębnych wniosków dofinansowania lub dotacji ze środków PFRON na projekty objęte niniejszym wnioskiem i nie ubiega się odrębnymi wnioskami o dofinansowanie lub dotację ze środków PFRON na projekty objęte niniejszym wnioskiem i o wszelkich zmianach zobowiązuje się powiadomić Realizatora. |  |  |  |  |
| 9. | Pełnomocnictwo lub inny dokument potwierdzający uprawnienia projektodawcy do zaciągania zobowiązań finansowych |  |  |  |  |
| 10. | Aktualny dokument potwierdzający status prawny Projektodawcy i statut jednostki |  |  |  |  |
| 11. | Oferty cenowe dotyczące pojazdu, którego zakup jest planowany w ramach projektu. |  |  |  |  |
| 12. | Oświadczenie Projektodawcy, że zostaną zapewnione środki własne uzupełniające przyznane przez Realizatora dofinansowanie do zakupu środka transportu oraz zobowiązanie do wystawienia weksla in blanko wraz z deklaracją wekslową w celu zabezpieczenia prawidłowości umowy.  |  |  |  |  |
| 13. | Oświadczenie Projektodawcy, że wkład własny do zakupu środka transportowego nie pochodzi ze środków PFRON. |  |  |  |  |
| 14. | W przypadku, gdy planowana pomoc jest pomocą *de minimis:* |  |  |  |  |
| A | Informacja o otrzymanej pomocy de minimis [zł] i [EUR] w roku złożenia wniosku, wg stanu na dzień poprzedzający złożenie wniosku wraz z dwoma poprzednimi latami bilansowymi lub oświadczenia o nie otrzymaniu takiej pomocy. |  |  |  |  |
| B | Kwota [zł] i przeznaczenie innej pomocy w zakresie tych samych kosztów kwalifikowalnych, których dotyczy składany wniosek w roku złożenia wniosku wg stanu na dzień poprzedzający złożenie wniosku wraz z dwoma poprzednimi latami bilansowymi lub oświadczenia o nie otrzymaniu takiej pomocy |  |  |  |  |
| C | W przypadku otrzymania pomocy, o której mowa w pkt B - oświadczenie, że otrzymanie aktualnie wnioskowanej pomocy de minimis nie spowoduje przekroczenia maksymalnej intensywności określonej dla innego rodzaju pomocy w zakresie tych samych kosztów kwalifikowanych |  |  |  |  |
| D | Oświadczenia o spełnieniu warunku określonego w artykule 1 ust. 1 rozporządzenia Komisji (WE) 1998/2006 z 15 grudnia 2006 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu do pomocy de minimis |  |  |  |  |
| E | Oświadczenia o prowadzeniu działalności w sektorze transportu, jeżeli taki przypadek ma miejsce |  |  |  |  |
| F | Oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimis oraz formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (zgodnie z wzorem – załączniki do ogłoszenia o naborze) |  |  |  |  |

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku:**

*pieczątka imienna, podpis osoby upoważnionej*

 *data, podpis:*

#### Oświadczenia projektodawcy

**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 III”

**Oświadczam**, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego Wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji przyznającej środki na podstawie niniejszego wniosku.

**Oświadczam**, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wniosku zostały zweryfikowane pod względem formalnym i merytorycznym.

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuję o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku

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

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

 *pieczątka imienna pieczątka imienna*

*podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych*

**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.*

Informacja dodatkowa:

Informacja szczegółowa o ochronie danych osobowych osób reprezentujących Projektodawcę

|  |
| --- |
| **INFORMACJA SZCZEGÓŁOWA O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH****ZBIERANYCH PRZEZ URZĄD MIEJSKI W GLIWICACH1** |
| **Dane Administratora Danych** | Administratorem danych osobowych jest Prezydent Miasta Gliwice z siedzibą w Urzędzie Miejskim w Gliwicach przy ul. Zwycięstwa 21, 44-100 Gliwice |
| **Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych** | **Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować:**1. **Pocztą elektroniczną poprzez e-mail:** iod@um.gliwice.pl
2. Pocztą tradycyjną na adres: Inspektor Ochrony Danych, Urząd Miejski w Gliwicach, ul. Zwycięstwa 21, 44-100 Gliwice
3. Adres skrzynki ePUAP Urzędu Miejskiego w Gliwicach: /UMGliwice/SkrytkaESP
 |
| **Cele i podstawa prawna przetwarzania danych osobowych** | Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane:1. w celu udzielenia wsparcia finansowego z PFRON,
2. na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO), tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym.
 |
| **Odbiorcy danych osobowych** | Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane innym podmiotom, za wyjątkiem:1. podmiotów uprawnionych przepisami prawa,
2. podmiotów świadczących wsparcie techniczne dla systemów informatycznych i teleinformatycznych, w których Państwa dane osobowe są przetwarzane.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego. |
| **Okres przechowywania danych osobowych** | 1. Dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do realizacji celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie wyznaczonym przepisami prawa.
2. Po zrealizowaniu celu, dla którego dane zostały zebrane, mogą one być przechowywane jedynie w celach archiwalnych przez okres, który wyznaczony zostanie na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej.
 |
| **Prawa osób, których dane dotyczą, w tym dostępu do danych osobowych** | Każda osoba, której dane dotyczą może korzystać z następujących uprawnień:1. wystąpienia z żądaniem dostępu do swoich danych osobowych, sprostowania (poprawiania), a w przypadkach uregulowanych przepisami prawa do usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania,
2. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych, w przypadkach określonych w art. 21 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
 |
| **Sposoby realizacji przysługujących praw** | Powyższe uprawnienia mogą Państwo realizować:1. składając w formie tradycyjnej odręcznie podpisane pismo w Urzędzie Miejskim w Gliwicach,
2. drogą elektroniczną wysyłając pismo ogólne dostępne na platformie ePUAP, potwierdzone Profilem Zaufanym lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym.
 |
| **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego** | Jeśli przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. |
| **Informacja o wymogu/ dobrowolności podania danych oraz konsekwencjach niepodania danych osobowych** | Niepodanie danych osobowych we wniosku, może skutkować niemożnością rozpatrzenia wniosku. |
| **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie** | W Urzędzie nie ma miejsca zautomatyzowane podejmowanie decyzji ani profilowanie. |
| **Informacje dodatkowe** | Prezydent Miasta Gliwice i miejskie jednostki organizacyjne (wymienione w Regulaminie Organizacyjnym Urzędu Miejskiego w Gliwicach, [w tabeli nr 1 „*Wykaz miejskich jednostek organizacyjnych*”](https://bip.gliwice.eu/strona%3D10180#MJO)) są współadministratorami danych osobowych zgodnie z ustaleniami przyjętymi [zarządzeniem organizacyjnym nr 84/19 Prezydenta Miasta Gliwice z dnia 12.08.2019 r .](http://pliki.um/dokument.php?otworz=GrmmFnAETA6NOuaNFyZnXBmjMX3bRM5XGO87IKE7DEz9pPdGOVg0LXoSm3aNdBu28ImCGMU45Qxe+LOcWkX3yA==) |

1. Realizacja obowiązku informacyjnego w związku z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).