**Załącznik nr 1 do Zasad**

 …………………………………………

 (pieczątka Wnioskodawcy)

## WNIOSEK

**o dofinansowanie robót budowlanych dotyczących obiektów służących rehabilitacji w związku**

**z potrzebami osób niepełnosprawnych ze środków PFRON przypadających według algorytmu dla Samorządu Województwa Opolskiego**

1. **Dane Wnioskodawcy**

|  |
| --- |
| 1. **Nazwa, siedziba i adres Wnioskodawcy :**
 |
| Pełna nazwa i siedziba: |
|  |  |  |  |  |
| Kod pocztowy | Poczta | Miejscowość | Ulica | Nr posesji |
|  |  |  |
| Nr telefonu | Nr faksu | e-mail |

|  |
| --- |
| 1. **Informacje o stanie prawno - finansowym Wnioskodawcy :**
 |
| Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy: |  |
| Status prawny, podstawa działania Wnioskodawcy: |  |
| Nr rejestru sądowego lub innego rejestru i data wpisu: |  |
| Organ założycielski: |  |
| numer REGON: | numer NIP: |
| Nr identyfikacyjny PFRON:   | Data uzyskania statusu ZPCh: |
| Nazwa banku :  | Nr rachunku bankowego : |
| Czy Wnioskodawca jest przedsiębiorcą : □ Tak □ Nie |
| Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT: □ Tak □ Nie |
| Czy Wnioskodawca będący płatnikiem VAT posiada w ramach wnioskowanych do dofinansowania koszów prawo do odliczenia podatku VAT:  □ Tak □ Nie |

|  |
| --- |
| 1. **Osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych :**
 |
| (pieczątka imienna)podpis: ………………………………………. | (pieczątka imienna)podpis: ………………………………………. |

|  |
| --- |
| 1. **Osoba upoważniona do składania wyjaśnień dotyczących wniosku :**
 |
| Imię i nazwisko, nr telefonu  |

|  |
| --- |
| 1. **Informacja o przyznanych środkach PFRON oraz o stanie ich rozliczenia**

(w okresie 3 lat przed dniem złożenia wniosku) **:** |
| Numer i data zawartej umowy | Przyznana kwota | Cel | Termin przyznania | Stan i termin rozliczenia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Razem: |  | Razem kwota rozliczona: |  |

|  |
| --- |
| 1. **Informacja o sytuacji finansowej Wnioskodawcy :**
 |
|  |

1. **Informacje dotyczące robót budowlanych**

|  |
| --- |
| 1. **Nazwa zadania :**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Miejsce realizacji zadania** (adres, nazwa obiektu) **:**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Cel dofinansowania :**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Przeznaczenie obiektu :**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych :**
 |
|  |
| Rehabilitacja stała, codzienna / Rehabilitacja okresowa \* |

|  |
| --- |
| 1. **Liczba osób niepełnosprawnych, które jednocześnie będą korzystać z rehabilitacji w obiekcie objętym wnioskiem :**
 |
|  | z lekkim stopniem niepełnosprawności | z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności | ze znacznym stopniem niepełnosprawności | Ogółem |
| dzieci i młodzież niepełnosprawna |  |  |  |  |
| dorosłe osoby niepełnosprawne |  |  |  |  |
| Ogółem:  |  |
| w tym mieszkańcy wsi :  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Przewidywany koszt realizacji zadania - robót budowlanych :**
 |
| Źródła finansowania | Kwota netto (w zł) | Kwota brutto (w zł) |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania** ze środków PFRON na realizację zadania: |  |  |
| Środki własne przeznaczone na realizację zadania : |  |  |
| Środki pozyskane z innych źródeł na realizację zadania (ogółem): z tego: |  |  |
| 1. ………………………………………………...…….
 |  |  |
| 1. ………………………………………………….......
 |  |  |
| 1. ………………………………………………………
 |  |  |
| **Ogółem** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek :**
 | Kwota netto (w zł) | Kwota brutto(w zł) |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Szczegółowy zakres rzeczowy zadania**

*( na podstawie projektu i kosztorysu)* : | Kwota netto (w zł) | Kwota brutto (w zł) |
| 1. zakres wykonany i sfinansowany :
2. zakres do wykonania i sfinansowania :
 |  |  |
| Koszt całkowity |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Termin rozpoczęcia i przewidywanego zakończenia realizacji zadania :**
 |
| Termin rozpoczęcia zadania :  |  |
| Przewidywany termin zakończenia realizacji zadania: |  |
| Przewidywany czas realizacji zadania (określić w miesiącach): |  |

1. **Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Załącznik** | **dołączono****do wniosku***(tak / nie /**nie dotyczy)* | **uzupełniono**(*tak / nie , data)* |
| 1 | Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczone o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej albo zaświadczenie z innego właściwego rejestru potwierdzające status prawny Wnioskodawcy |  |  |
| 2 | Pełnomocnictwo dla osób podpisujących wniosek lub inny dokument, z którego wynika uprawnienie do zaciągania zobowiązań finansowych |  |  |
| 3 | Statut lub inny dokument, z którego wynika zakres działalności Wnioskodawcy |  |  |
| 4 | Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności w zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych przez okres 2 lat poprzedzających złożenie wniosku, w tym ze wskazaniem : celu i rodzaju działalności na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji społecznej lub zawodowej |  |  |
| 5 | Dokumenty potwierdzające tytuł prawny do nieruchomości (odpis z KW, akt notarialny lub inne) dokumentujące posiadanie nieruchomości przez okres co najmniej 1 roku przed dniem złożenia wniosku |  |  |
| 6 | Dokument potwierdzający prawo do dysponowania nieruchomością na cele budowlane (zgoda właściciela nieruchomości) |  |  |
| 7 | Dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie pozostałych, nie objętych dofinansowaniem kosztów robót budowlanych |  |  |
| 8 | Pozwolenie na budowę lub skuteczne zgłoszenie przewidziane w przepisach prawa budowlanego |  |  |
| 9 | Kosztorys inwestorski sporządzony zgodnie z rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 18 maja 2004 r. w sprawie określenia metod i podstaw sporządzania kosztorysu inwestorskiego, obliczania planowanych kosztów prac projektowych oraz planowanych kosztów robót budowlanych określonych w programie funkcjonalno – użytkowym (Dz. U. z 2004 r. Nr 130, poz. 1389) |  |  |
| 10 | *W przypadku, gdy Wnioskodawca jest przedsiębiorcą*: zaświadczenia o pomocy de minimisotrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy i poprzedzające go dwa lata podatkowe oraz informację o innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą |  |  |
| 11 | *W przypadku, gdy Wnioskodawca jest przedsiębiorcą*: informacja o każdej innej pomocy niż de minimis, jaką otrzymał wnioskodawca w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym związana jest pomoc de minimis |  |  |
| 12 | *W przypadku, gdy Wnioskodawca jest przedsiębiorcą*: oświadczenie że przedsiębiorca nie znajduje się w trudnej sytuacji ekonomicznej, w rozumieniu kryteriów określonych w przepisach UE dotyczących udzielania pomocy |  |  |
| 13 | *W przypadku, gdy Wnioskodawca prowadzi zakład pracy chronionej*: potwierdzona kopia aktualnej decyzji przyznania statusu zakładu pracy chronionej |  |  |
| 14 | Oświadczenie wnioskodawcy wskazujące, że podatek od towarów i usług ( VAT ) został umieszczony w kosztach kwalifikowanych zadania, w wypadku kiedy nie jest odliczany na zasadach przepisów dotyczących podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego i wnioskodawca nie może odzyskać opłaconych podatków *( dotyczy jednostek samorządu terytorialnego )* |  |  |
| 15 | *W przypadku poniesionych przez Wnioskodawcę nakładów na roboty budowlane**na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek* : kosztorys powykonawczy tych robót |  |  |

1. **Oświadczenia :**

Oświadczam, że znane mi są „Procedury przyznawania i rozliczania dofinansowania robót budowlanych
w obiektach służących rehabilitacji, w związku z potrzebami osób niepełnosprawnych, ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przypadających według algorytmu dla Samorządu Województwa Opolskiego” i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Oświadczam, że posiadam / nie posiadam\* zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam że w ciągu 3 lat przed złożeniem niniejszego wniosku byłem / nie byłem\* stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i rozwiązanej
z przyczyn leżących po mojej stronie (wnioskodawcy).

Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie odpowiedniej informacji związanej z treścią niniejszego wniosku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. O ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2002r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.).

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

 *(data ) ( podpisy i pieczątki osób uprawnionych )*

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”
i odpowiedni numer załącznika.

Kserokopie dokumentów, powinny być czytelne i potwierdzone za zgodność z oryginałem na każdej stronie przez Wnioskodawcę i głównego księgowego oraz opatrzone datą.

Formularz wniosku sporządzono w oparciu o rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 6 sierpnia 2004 r. w sprawie określenia zadań samorządu województwa, które mogą być dofinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2004 r. Nr 187, poz. 1940 ze zmianami Dz. U. z 2007 r. Nr 230, poz. 1696)

**Adnotacje urzędowe *(wypełnia pracownik ROPS)* :**

|  |
| --- |
|  Wniosek spełnia wymogi formalne i podlega ocenie merytorycznej /Wniosek nie spełnia wymogów formalnych i pozostaje bez rozpatrzenia \* ……………………………….. (data, podpis) |

\*niepotrzebne skreślić