

ZAŁĄCZNIK A do Zasad

Departament Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia
Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego,
ul. Ligon 46, 40-037 Katowice



Ślaskie przyjazne Niepełnosprawnym

WZÓR

UWAGA! Przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z **UWAGAMI DOTYCZĄCYMI SPORZĄDZANIA WNIOSKU** na stronie 6.

Departament Nadzoru
Podmiotów Leczniczych i
Ochrony Zdrowia
Urząd Marszałkowski
Województwa Śląskiego
ul. Ligon 46
40-037 Katowice

WNIOSEK nr
o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, przekazywanych
przez Samorząd Województwa Śląskiego

robót budowlanych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. –
– Prawo budowlane (tekst jednolity: [Dz. U. z 2020 r., poz. 1333 z późn. zm.](#)), dotyczący
obiektu służącego rehabilitacji, w związku z potrzebami osób niepełnosprawnych,
z wyjątkiem rozbiórki tego obiektu.

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2021 r., poz. 573) – zwana dalej „ustawą”.
- 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 2015 r. poz. 937 z późn.zm.).

Część I – Wnioskodawca

Lp.	Dane	Załączniki
1	nazwa podmiotu ubiegającego się o dofinansowanie	
2	siedziba i adres ubiegającego się o dofinansowanie	
3	numer NIP	Załącznik Nr 1 decyzja o nadaniu NIP
4	numer REGON	Załącznik Nr 2 zaświadczenie o nadaniu REGON

ZAŁĄCZNIK A do Zasad

Departament Nadzoru Podmiotów Lecznicych i Ochrony Zdrowia
Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego,
ul. Ligon 46, 40-037 Katowice



Śląskie przyjazne Niepełnosprawnym

status prawny i podstawa działania		
5		Załącznik Nr 3 wypis ze stosownego rejestru (np. KRS, ewidencja działalności gospodarczej)
6	dokumenty potwierdzające tytuł prawny do nieruchomości (udokumentowanie, że wnioskodawca jest właścicielem nieruchomości lub użytkownikiem wieczystym nieruchomości albo był przez okres co najmniej 1 roku przed złożeniem wniosku o dofinansowanie i jest nadal posiadaczem części lub całości nieruchomości) oraz zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów	Załącznik Nr 4 • wypis z księgi wieczystej lub/i • dokument stwierdzający posiadanie części lub całości nieruchomości
7	dane osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy w sprawie (lub pełnomocnictwo w przypadku gdy wniosek o dofinansowanie podpisany jest przez osoby nie upoważnione do reprezentowania wnioskodawcy)	Załącznik Nr 5
8	nazwa banku wnioskodawcy	
9	numer wyodrębnionego na potrzeby zadania rachunku bankowego wnioskodawcy	
10	udokumentowana informacja o posiadaniu środków własnych wnioskodawcy lub pozyskanych z innych źródeł (należy wskazać źródła) na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem (dokument potwierdzający posiadanie środków w wysokości określonej w harmonogramie rzeczowo-finansowym, jako „środki własne” oraz „inne (należy wskazać źródła)”)	Załącznik Nr 6 dokument stwierdzający posiadanie środków
11	informacja o przyznanych środkach PFRON, z określeniem numeru zawartej umowy, celu i terminu przyznania środków oraz stanu rozliczenia	

ZAŁĄCZNIK A do Zasad

Departament Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia
Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego,
ul. Ligon 46, 40-037 Katowice



Śląskie przyjazne Niepełnosprawnym

12	udokumentowana przez wnioskodawcę informacja o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych	Załącznik Nr 7 dokumenty potwierdzające prowadzenie rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych
13	informacja o sytuacji finansowej wnioskodawcy	Załącznik Nr 8 sprawozdanie finansowe za poprzedni rok oraz na koniec III kwartału roku, w którym składany jest wniosek (w układzie określonym stosownymi przepisami)

Część II – Oświadczenia

Lp.	Dane	Załączniki
14	oświadczenie o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON	Załącznik Nr 9
15	oświadczenie wnioskodawcy, że nie ma zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i nie był w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego wnioskodawcy	Załącznik Nr 10
16	oświadczenie wnioskodawcy, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskał dofinansowania robót budowlanych ze środków PFRON, będących w dyspozycji samorządu województwa, dotyczącego obiektu objętego tym wnioskiem	Załącznik Nr 11
17	oświadczenie wnioskodawcy, że jest/ nie jest płatnikiem podatku VAT oraz zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu z podatkami lub decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków	Załącznik Nr 12
18	zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o niezaleganiu z opłatami składek na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników	Załącznik Nr 13

ZAŁĄCZNIK A do Zasad

Departament Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia
Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego,
ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice



Śląskie przyjazne Niepełnosprawnym

19	zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej przez wnioskodawcę w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy i poprzedzające go dwa lata podatkowe oraz informacja o innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą	Załącznik Nr 14 kopia zaświadczenia o udzielonej pomocy de minimis oraz informacja o innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą
20	informacja o każdej pomocy innej 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	
21	aktualna decyzja w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej (kopia decyzji potwierdzona przez organ, który ją wydał - w terminie do 30 dni przed datą złożenia wniosku)	Załącznik Nr 15 kopia decyzji potwierdzona przez organ, który ją wydał

Część III - Zadanie

Lp.	Dane	Załączniki
22	nazwa zadania	
23	miejsce realizacji zadania (dokładna nazwa obiektu oraz adres)	
24	planowany termin rozpoczęcia i zakończenia realizacji całego zadania	

ZAŁĄCZNIK A do Zasad

Departament Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia
Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego,
ul. Ligon 46, 40-037 Katowice



Śląskie przyjazne Niepełnosprawnym

25	zakres rzeczowy zadania przewidziany do realizacji w poszczególnych latach; harmonogram rzeczowo-finansowy sporządzony na każdy rok osobno (maksymalnie 3 lata budżetowe)						Załącznik Nr 16																
	Wzór załącznika rok																						
	<table border="1"><thead><tr><th rowspan="2">Lp.</th><th rowspan="2">Wyszczególnienie – elementy rozliczenia</th><th rowspan="2">Przewidywana wartość brutto / netto</th><th colspan="2">Planowane terminy</th><th colspan="3">Źródło finansowania</th></tr><tr><th>Rozpoczęcie</th><th>zakończenie</th><th>Środki PFRON</th><th>Środki własne</th><th>Inne (jakie?)</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Lp.	Wyszczególnienie – elementy rozliczenia	Przewidywana wartość brutto / netto	Planowane terminy		Źródło finansowania			Rozpoczęcie	zakończenie	Środki PFRON	Środki własne	Inne (jakie?)									
Lp.	Wyszczególnienie – elementy rozliczenia				Przewidywana wartość brutto / netto	Planowane terminy		Źródło finansowania															
		Rozpoczęcie	zakończenie	Środki PFRON		Środki własne	Inne (jakie?)																
26	wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania: rok, kwota rok, kwota rok, kwota																						
27	przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych						Załącznik Nr 17																
28	ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację całego zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek																						
29	pozwolenie na budowę lub zgłoszenie przewidziane w przepisach prawa budowlanego oraz dokumentacja umożliwiająca weryfikację zadania w zakresie rzeczowym i finansowym						Załącznik Nr 18 Pozwolenie na budowę lub stosowne zgłoszenie oraz dokumentacja techniczna																

.....
data

.....
pieczęć wnioskodawcy

.....
**pieczętki i podpisy osób uprawnionych do reprezentowania wnioskodawcy zgodnie
z Załącznikiem Nr 3 i 5**

ZAŁĄCZNIK A do Zasad

Departament Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia
Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego,
ul. Ligon 46, 40-037 Katowice



Ślaskie przyjazne Niepełnosprawnym

UWAGI DOTYCZĄCE SPORZĄDZANIA WNIOSKU

1. Wniosek należy sporządzić zgodnie z zasadami, określonymi w art. 35 ust. 1 pkt 5) ustawy oraz w rozporządzeniu 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 2015 r., poz. 937 z późn. zm.).
2. Wiersze tabeli od 1 do 18 oraz od 22 do 29 wypełniają wszyscy wnioskodawcy. Wnioskodawcy będący przedsiębiorcami wypełniają dodatkowo wiersze tabeli od 19 do 20 tabeli. Przedsiębiorcy prowadzący zakłady pracy chronionej wypełniają dodatkowo wiersz 21.
3. Do komórek kolumny „dane” tabeli należy wpisać kompletne informacje.
4. Załączniki od 1 do 18, wymienione w komórkach kolumny „załączniki”, należy bezwzględnie załączyć do wniosku (kopie dokumentów wymagają potwierdzenia „za zgodność z oryginałem” datą, podpisem wraz z pieczęcią imienną przez osobę/y upoważnioną/e do reprezentowania Wnioskodawcy.

W przypadku dokumentów wielostronicowych dopuszcza się dwa rodzaje potwierdzania:

- potwierdzenie na każdej stronie „za zgodność z oryginałem” datą, podpisem wraz z pieczęcią imienną przez osobę/y upoważnioną/e do reprezentowania Wnioskodawcy,
- na pierwszej stronie dokumentu zawiera się klauzulę „za zgodność z oryginałem od ... str do ... str”, opatrzoną datą, podpisem wraz z pieczęcią imienną osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania Wnioskodawcy. Dodatkowo należy zaparafować każdą stronę kopii).



Ślaskie przyjazne Niepełnosprawnym

Osoba sporządzająca wniosek:

Imię:

Nazwisko:

e-mail / telefon: