

Wniosek złożono w PCPR w Łęczna w dniu
--

Nr sprawy:
Wypełnia PCPR

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

Pouczenie:

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „**Nie dotyczy**”.

**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

(pieczęćka imienna)	(pieczęćka imienna)
podpis	podpis

3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON

Czy Projektodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy Projektodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Numer identyfikacyjny PFRON		
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku zł	

4. Informacje o Projektodawcy

REGON	Nr identyfikacyjny NIP
Nazwa banku	Nr rachunku bankowego
Czy Projektodawca jest podatnikiem VAT: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT	
Wnioskodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
podstawa prawna:	

5. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON (za okres ostatnich 3 lat)

Czy Projektodawca korzystała ze środków PFRON					tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona		
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:			

6. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie (wypełnia PFRON)	Data uzupełnienia
		tak	nie		
1.	Aktualny samorządowy program działań na rzecz osób niepełnosprawnych, lub wyciąg z programu samorządowego wskazujący na zgodność zgłoszonych projektów z celami założonymi w samorządowym programie działań na rzecz osób niepełnosprawnych				
2.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Projektodawcy				
3.	Zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy				

4.	Dokumenty z Urzędu Skarbowego decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy				
5.	Wydane przez bank (banki) zaświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego (rachunków bankowych), wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku)				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wniosku:

pieczęćka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

Część 2 WNIOSKU: Informacje o projektach**1. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez Projektodawcę w ramach obszaru B programu:**

L.p.	Nazwa projektu

2. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę w ramach obszaru C programu:

L.p.	Nazwa projektu

3. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez Projektodawcę w ramach obszaru D programu:

L.p.	Nazwa projektu

4. Wykaz projektów planowanych do realizacji przez Projektodawcę w ramach obszaru F programu:

L.p.	Nazwa projektu

5. Projekt planowany do realizacji przez Projektodawcę w ramach obszaru G programu:

L.p.	Nazwa projektu

Część 2B WNIOSKU:

Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru B programu

UWAGA!

W przypadku większej ilości projektów zgłoszonych w części 2 Wniosku, **część 2B** Wniosku należy skopiować i wypełnić dla każdego projektu oddzielnie

1. Opis projektu

Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):

.....
.....

Cel projektu: (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

Projekt dotyczy terenu: miejskiego wiejskiego miejsko-wiejskiego

Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier oraz nazwa i adres jednostki organizacyjnej projektodawcy prowadzącej obiekt

Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):

NIP REGON Nr identyfikacyjny PFRON*

*należy wypełnić jeżeli posiada

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

5. Koszt realizacji projektu

A.	Łączny koszt realizacji projektu: zł słownie złotych:
B.	Własne środki przeznaczone na realizację projektu: zł słownie złotych:
C.	Inne źródła finansowania ogółem (<i>środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON</i>): zł słownie złotych:
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: zł słownie złotych:

6. Informacje uzupełniające

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

7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2B Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kosztorysami, wycenami i ofertami				
2.	Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń oferty cenowe				
3.	O ile dotyczy: a) dokumentacja techniczna niezbędna do weryfikacji kosztorysów, b) rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego i projektowanego do wykonania, c) dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu, d) kopia pozwolenia na budowę – jeśli pozwolenie jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów, e) zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów				
4.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie				
5.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 4 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wniosku:

pieczętka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

Część 2C WNIOSKU:

Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru C programu

UWAGA!

W przypadku większej ilości projektów zgłoszonych w części 2 Wniosku, **część 2C** Wniosku należy skopiować i wypełnić dla każdego projektu oddzielnie

1. Opis projektu

Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):

.....
.....

Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych

1. Nazwa Spółdzielni:

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy)

NIP REGON Nr identyfikacyjny PFRON

Czy spółdzielnia jest płatnikiem VAT tak nie

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT

Wnioskodawca jest płatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania

kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak nie

podstawa prawna:

2. Nazwa Projektodawcy:

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy)

NIP REGON Nr identyfikacyjny PFRON

Czy projektodawca jest płatnikiem VAT tak nie

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT

Projektodawca jest płatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania

kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak nie

podstawa prawna:

Cel projektu: (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

Projekt dotyczy terenu: miejskiego wiejskiego miejsko-wiejskiego

Nazwa zakładu spółdzielni socjalnej osób prawnych (której utworzenia dotyczy projekt), w którym adaptowane są pomieszczenia i tworzone stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych

Dokładna lokalizacja zakładu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

3. Harmonogram realizacji projektu

Rozpoczęcie realizacji projektu (*dzień, miesiąc, rok*):

.....

Przewidywany czas realizacji (*w miesiącach*):

.....

4. Wartość wskaźników bazowych:

	stopień niepełnosprawności			
	ogółem	lekki	umiarkowany	znaczny
a) liczba osób niepełnosprawnych z terenu powiatu zatrudnionych w spółdzielniach socjalnych, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie				
b) wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na utworzenie spółdzielni socjalnej osób prawnych, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie				

5. Koszt realizacji projektu

A.	Łączny koszt realizacji projektu: zł słownie złotych:
B.	Własne środki przeznaczone na realizację projektu: zł słownie złotych:
C.	Inne źródła finansowania ogółem (<i>środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON</i>): zł słownie złotych:
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: zł słownie złotych:

6. 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

7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2C Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	(wypełnia PFRON)	
1.	Porozumienie intencyjne w sprawie utworzenia spółdzielni socjalnej osób prawnych				
2.	Wykaz robót adaptacyjnych dotyczących obiektu spółdzielni, ich opis i koszt wraz z kopiami kosztorysów, wycen i ofert				
3.	Wykaz urządzeń i sprzętu dotyczącego adaptacji obiektu spółdzielni wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych				
4.	Wykaz wyposażenia spółdzielni, specyfikację niezbędnego wyposażenia oraz koszt				
5.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu				
6.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu				
7.	Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów				
8.	Zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów				
9.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 5 procedur realizacji Programu				

Nazwa jednostki organizacyjnej projektodawcy, która będzie dysponować pojazdem

Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):

NIP REGON Nr identyfikacyjny PFRON *

*należy wypełnić jeżeli posiada

2. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu do przewozu osób niepełnosprawnych zawierające informacje o placówce lub placówkach służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych, których uczestnicy będą mieli zapewniony transport w wyniku realizacji projektu

w przypadku obszernego opisu – w załączeniu

Nazwa placówki służącej rehabilitacji:

Data rozpoczęcia działalności (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:

5. Harmonogram realizacji projektu

Rozpoczęcie realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok):

.....

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

.....

6. Wartość wskaźników bazowych:

<p>a) 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</p>	<p>Liczba mikrobusów, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach</p> <p>Liczba autobusów, w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach</p>															
<p>b) 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</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">osoby niepełnosprawne</th> </tr> <tr> <th>pełnoletnie</th> <th>do 18 roku życia</th> <th>łącznie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <th>pełnoletnie na wózkach</th> <th>do 18 roku życia na wózkach</th> <th>łącznie na wózkach</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	osoby niepełnosprawne			pełnoletnie	do 18 roku życia	łącznie				pełnoletnie na wózkach	do 18 roku życia na wózkach	łącznie na wózkach			
osoby niepełnosprawne																
pełnoletnie	do 18 roku życia	łącznie														
pełnoletnie na wózkach	do 18 roku życia na wózkach	łącznie na wózkach														
<p>c) 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</p>																
<p>d) 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</p>																

7. Koszt realizacji projektu

A.	<p>Łączny koszt realizacji projektu: zł</p> <p>słownie złotych:</p> <p>.....</p>
B.	<p>Własne środki przeznaczone na realizację projektu: zł</p> <p>słownie złotych:</p> <p>.....</p>

3.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 6 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”.				
----	--	--	--	--	--

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wniosku:

<p><i>pieczętka imienna, podpis pracownika PFRON</i></p> <p><i>data, podpis:</i> </p>
--

Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie WTZ oraz nazwa i adres jednostki organizacyjnej projektodawcy prowadzącej obiekt

Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):

NIP..... REGON Nr identyfikacyjny PFRON*

*należy wypełnić jeżeli posiada

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

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

3. Harmonogram realizacji projektu

Rozpoczęcie realizacji projektu (*dzień, miesiąc, rok*):

Przewidywany czas realizacji (*w miesiącach*):

4. Wartość wskaźników bazowych:

a) liczba osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie powiatu, będących uczestnikami warsztatów terapii zajęciowej według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie	
b) wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, w roku wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie	

5. Koszt realizacji projektu

A.	Łączny koszt realizacji projektu: zł słownie złotych:
B.	Własne środki przeznaczone na realizację projektu: zł słownie złotych:
C.	Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): zł słownie złotych:
D.	Inne środki PFRON (np. przekazywane algorytmem) przeznaczone na realizację projektu: zł słownie złotych:
E.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: zł słownie złotych:

6. Informacje uzupełniające

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

7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2F Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	Dokumenty wymienione w § 3 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 roku w sprawie warsztatów terapii zajęciowej (Dz. U. Nr 63, poz.587)				
2.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie				
3.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 8 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wniosku:

pieczęćka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

Część 2G WNIOSKU:

Informacje o projekcie planowanym do realizacji w ramach obszaru G programu

1. Opis projektu

Nazwa Jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego realizującej obszar G

Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy)

Imię Nazwisko osoby do kontaktu Nr telefonu osoby do kontaktu

NIP REGON Nr identyfikacyjny PFRON *

O ile dotyczy*

Cel projektu:

.....

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

3. Harmonogram realizacji projektu

Rozpoczęcie realizacji projektu (<i>dzień, miesiąc, rok</i>):
Przewidywany czas realizacji (<i>w miesiącach</i>):

4. Wartość wskaźników bazowych:

a) liczba osób niepełnosprawnych zatrudnionych na terenie powiatu, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie	
b) wysokość środków zaplanowanych przez powiat na zadania dotyczące aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wniosku o dofinansowanie	

5. Koszt realizacji projektu

A.	Środki PFRON przekazywane algorytmem zabezpieczone w planie finansowym powiatu na realizację zadań dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w roku realizacji projektu zł słownie złotych
B.	Wnioskowana kwota ze środków PFRON: zł słownie złotych: w tym na obsługę zł (słownie złotych)

6. Informacje uzupełniające

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

7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2G Wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	<i>(wypełnia PFRON)</i>	
1.	Dokument potwierdzający wysokość środków algorytmu zabezpieczonych w planie finansowym powiatu na realizację zadań własnych dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych				
2.	Opinia powiatowej społecznej rady do spraw osób niepełnosprawnych, dotycząca znaczenia realizacji projektu, dla rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej w regionie				
3.	Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 10 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2G Wniosku:

pieczętka imienna, podpis pracownika PFRON

data, podpis:

Oświadczenia Jednostki samorządu powiatowego

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 PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wniosku.

Oświadczam, że na dzień sporządzenia Wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, i zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON.

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

Oświadczam, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wniosku są zgodnie z samorządowym programem działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuje o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku

..... dnia r.

.....

pieczęćka imienna

.....

pieczęćka 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.