

pieczęć Oddziału PFRON wraz z datą wpływu - wypełnia PFRON	Załącznik nr 2 do Porozumienia
	Nr sprawy:

WYSTĄPIENIE REALIZATORA PROGRAMU
o przyznanie środków PFRON na realizację w 20..... roku
pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
w ramach Porozumienia nr:/...../AS/.....

Pouczenie:

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. Nazwa i adres Realizatora programu

Pełna nazwa Realizatora programu:			
na rzecz:			
(nazwa i adres jednostki organizacyjnej Realizatora wskazanej w Porozumieniu)			
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Gmina	Powiat	Województwo	Nr kierunkowy
Nr telefonu	Nr fax	adres http://www	e-mail

2. Osoby uprawnione do reprezentacji Realizatora programu i zaciągania zobowiązań finansowych

(pieczęćka imienna)	(pieczęćka imienna)
---------------------	---------------------

3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON (dotyczy jednostki organizacyjnej Realizatora programu wskazanej w Porozumieniu)

Czy Realizator jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	tak: ☐	nie: ☐
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy Realizator zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak: ☐	nie: ☐
Numer identyfikacyjny PFRON		
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wystąpienia	zł	

4. Informacje Realizatora programu (dotyczy jednostki organizacyjnej Realizatora wskazanej w Porozumieniu)

REGON	Nr identyfikacyjny NIP
Nazwa banku	Nr rachunku bankowego wydzielonego dla środków PFRON

5. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (za okres ostatnich 3 lat)

Czy Realizator programu składa niniejsze wystąpienie po raz pierwszy				tak ☐	nie ☐
Jeżeli „Nie” – należy podać następujące informacje:					
Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona		
Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:			

6. Informacja o osobach niepełnosprawnych (w podziale na stopnie niepełnosprawności), które w 20..... roku zamieszkują na terenie działania Realizatora programu

w tym:	Orzeczenie o niepełnosprawności	Stopień niepełnosprawności			Razem:
		znaczny	umiarkowany	lekki	
Dzieci i młodzież niepełnosprawna do 18 roku życia					
Dorosłe osoby niepełnosprawne	<u>X</u>				
Razem:	<u>X</u>				

7. Informacja o efektach realizacji programu w roku poprzednim, tj. liczba osób niepełnosprawnych, które uzyskały dofinansowanie w ramach programu w 20..... roku (należy wypełnić jeżeli Realizator składa wystąpienie po raz kolejny)

w tym:	Orzeczenie o niepełnosprawności	Stopień niepełnosprawności			Razem:
		znaczny	umiarkowany	lekki	
Dzieci i młodzież niepełnosprawna do 18 roku życia					
Dorosłe osoby niepełnosprawne	<u>X</u>				
Razem:	<u>X</u>				

8. Informacje dotyczące wnioskowanej kwoty na realizację programu (należy wskazać przewidywane potrzeby w poszczególnych obszarach programu; informacja ma charakter orientacyjny; środki PFRON na realizację programu będą przyznane zgodnie z zasadami wskazanymi w programie)

Obszar A: zł	Obszar B3: zł	Obszar D: zł
Obszar B1: zł	Obszar B4: zł	Obszar E: zł
Obszar B2: zł	Obszar C: zł	Obszar F: zł
Obsługa programu: zł		ŁĄCZNIE: zł

9. Załączniki (dokumenty) wymagane do wystąpienia

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie		
1.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wystąpienie podpisane jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Realizatora programu				
2.	Wydane przez bank zaświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego wydzielonego dla środków PFRON wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wystąpienia)				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów do wystąpienia:

pieczęćka imienna, data i podpis pracownika PFRON

Oświadczenia Realizatora programu:

Oświadczam, że podane w wystąpieniu informacje są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że znane są mi zapisy pilotażowego programu „Aktywny samorząd” oraz dokument pn. „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 20.....roku.” i zobowiązuje 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 pilotażowego programu „Aktywny samorząd”.

Oświadczam, że na dzień sporządzenia wystąpienia reprezentowany przeze mnie podmiot oraz jednostka organizacyjna odpowiedzialna za realizację pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, która została wskazana w Porozumieniu - 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 przez Realizatora programu informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wystąpienie z dalszego rozpatrywania.

..... dniar.	
.....	
pieczęćka imienna	pieczęćka imienna
podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Realizatora programu i zaciągania zobowiązań finansowych	

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wypełnia PFRON

DECYZJA PEŁNOMOCNIKÓW ZARZĄDU PFRON – I TRANSZA	
pozytywna: ☐ negatywna: ☐	
PRZYZNANA KWOTA NA REALIZACJĘ PROGRAMU W 20 r.: zł, w tym:	
OBSZAR A	zł
OBSZAR B1	zł
OBSZAR B2	zł
OBSZAR B3	zł
OBSZAR B4	zł
OBSZAR C	zł
OBSZAR D	zł
OBSZAR E	zł
OBSZAR F	zł
OBSŁUGA PROGRAMU	zł
UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:	
.....20..... r.	
data	podpisy Pełnomocników

Do wystąpienia załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i przekazania środków.

pieczęćki imienne pracowników Oddziału PFRON
przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis:

pieczęćka imienna kierującego komórką organizacyjną
Oddziału PFRON

data, podpis:

Decyzje Pełnomocników w sprawie środków finansowych (zgodnie z INSTRUKCJĄ SZJ I-4.2.3-05):

- przyznanie środków finansowych - protokół z dnia
- rozliczenie środków finansowych - protokół z dnia

pieczęćka imienna kierującego komórką organizacyjną
Oddziału PFRON

data, podpis:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych
Oddział Kujawsko-Pomorski
ul. Szosa Chełmińska 30, 87-100 Toruń
tel. centr. 56 681 44 00, fax 56 655 60 02
56 681 44 07 - 20

o przyznanie środków PFRON na realizację pilotażowego programu
„Aktywny samorząd”

str.4

DECYZJA PEŁNOMOCNIKÓW ZARZĄDU PFRON – II TRANSZA	
pozytywna: ☐ negatywna: ☐	
PRZYZNANA KWOTA NA REALIZACJĘ PROGRAMU W 20 r.: zł, w tym:	
OBSZAR A	zł
OBSZAR B1	zł
OBSZAR B2	zł
OBSZAR B3	zł
OBSZAR B4	zł
OBSZAR C	zł
OBSZAR D	zł
OBSZAR E	zł
OBSZAR F	zł
OBSŁUGA PROGRAMU	zł
UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:	
.....20..... r. data podpisy Pełnomocników	

Decyzje Pełnomocników w sprawie środków finansowych (zgodnie z INSTRUKCJĄ SZJ I-4.2.3-05):

- przyznanie środków finansowych - protokół z dnia
- rozliczenie środków finansowych - protokół z dnia

pieczętka imienna kierującego komórką organizacyjną
Oddziału PFRON

data, podpis: