**Załącznik nr 1** do Procedur realizacji Modułu II programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”

Wypełnia PFRON:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Oddziału PFRON |  |
| Data złożenia wniosku (dzień, miesiąc, rok) |  |
| Nr sprawy |  |

**WNIOSEK**

**o przyznanie pomocy finansowej w ramach Modułu II programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Przedmiot wniosku**  przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „X” | Finansowanie ze środków PFRON (brak wymaganego wkładu własnego) | Dofinansowanie ze środków PFRON (wymagany wkład własny) |
| 1. | Dodatkowe wsparcie realizowane bezpośrednio przez samorząd – w zakresie udzielania pomocy Beneficjentom programu oraz osobom towarzyszącym, zgodnie z zasadami Modułu II programu |  |  |
| 2. | Zlecanie przez samorząd realizacji zadań publicznych na rzecz osób niepełnosprawnych, na podstawie przepisów ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie – mających na celu zapewnienie pomocy Beneficjentom programu oraz osobom towarzyszącym; zgodnie z zasadami Modułu II programu |  |  |

Uprawnionymi do złożenia wniosku są samorządy wojewódzkie, samorządy powiatowe lub samorządy gminne, które uruchomiły dodatkowe wsparcie dla Beneficjentów programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”; wsparciem w ramach Modułu II mogą być objęte także osoby towarzyszące. Definicja „Beneficjenta programu” oraz definicja „Osoby towarzyszącej” zawarta została w Rozdziale I Procedur realizacji Modułu II programu.

**Wniosek może dotyczyć wsparcia uruchomionego od 24 lutego 2022 roku.**

Przed przystąpieniem do wypełniania wniosku należy zapoznać się z programem „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością” oraz z „Procedurami realizacji Modułu II programu”.

Pomoc finansowa nie może zostać przeznaczona na pokrycie:

1. wydatków administracyjnych i biurowych Wnioskodawcy, związanych z organizacją i uruchomieniem pomocy w ramach Modułu II programu;
2. wydatków dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej, które są finansowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia;
3. świadczeń pieniężnych na rzecz osób fizycznych;
4. wydatków, które zostały sfinansowane z innych (niż PFRON) środków publicznych.

Pomoc może zostać przyznana w formie finansowania (nie jest wymagane wniesienie wkładu własnego przez samorząd) lub w formie dofinansowania (samorząd musi zadeklarować wkład własny na pokrycie planowanych we wniosku wydatków).

Informacje o programie: www.pfron.org.pl – zakładka „O Funduszu – Programy i zadania PFRON”.

Wniosek należy wypełnić komputerowo. Należy wypełnić poszczególne punkty wniosku lub wpisać „nie dotyczy”.

|  |
| --- |
| **Część A wniosku: Dane i informacje o Wnioskodawcy** |

1. **Nazwa i adres Wnioskodawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Ulica |  |
| Nr posesji |  |
| Gmina |  |
| Powiat |  |
| Województwo |  |
| Nr kierunkowy |  |
| Nr telefonu stacjonarnego |  |
| Nr telefonu komórkowego |  |
| Adres http://www |  |
| E-mail |  |
| REGON |  |
| Nr identyfikacyjny NIP |  |

1. **Osoby uprawnione do reprezentowania Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych**

Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem pełnionej funkcji, które są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy. W przypadku większej liczby osób należy dodać kolejne wiersze.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Funkcja |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

1. **Osoby upoważnione do składania wyjaśnień dotyczących wniosku**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Nr telefonu stacjonarnego (wraz kierunkowym) lub komórkowego | E-mail |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Część B.1. wniosku: Informacja dotycząca** **dodatkowego wsparcia realizowanego przez samorząd - zgodnie z zasadami Modułu II programu** |

**Uwaga!** Cześć B.1. oraz część B.2. należy wypełnić jeżeli przedmiotem wniosku jest realizacja zadań bezpośrednio przez samorząd

1. **Informacja dotycząca wsparcia na rzecz osób niepełnosprawnych**

**Uwaga!** Należy wypełnić dla każdego rodzaju wsparcia oddzielnie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.1. | Opis rodzaju wsparcia (formy i zakres) |  |
| 1.2. | Opis docelowej grupy beneficjentów wsparcia (osób niepełnosprawnych) |  |
| 1.3. | Łączna wysokość wydatków planowanych na realizację wsparcia | (w zł) |
| 1.4. | Planowana liczba Beneficjentów objętych wsparciem łącznie |  |
| 1.4.1. | w tym: I stopień niepełnosprawności, w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności |  |
| 1.4.2. | w tym: II stopień niepełnosprawności, w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności |  |
| 1.4.3. | w tym: osoby małoletnie posiadające I lub II stopień niepełnosprawności, w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności |  |
| 1.5. | Planowana liczba osób towarzyszących (o ile dotyczy) |  |
| 1.6. | Termin uruchomienia wsparcia (dzień, miesiąc, rok) |  |
| 1.7. | Termin zakończenia wsparcia (dzień, miesiąc, rok) |  |
| 1.8. | Realizator wsparcia (jednostka organizacyjna samorządu) |  |

**Wykaz wydatków planowanych na realizację wsparcia (budżet)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa wydatku | Podstawa kalkulacji | Ogółem w zł | Ze środków PFRON w zł |
| 1.9.1 |  |  |  |  |
| 1.9.2 |  |  |  |  |
| 1.9.3**[[1]](#footnote-1)** |  |  |  |  |
|  | Ogółem w zł: |  |  |  |

1. **Informacja dotycząca wsparcia na rzecz osób niepełnosprawnych [[2]](#footnote-2)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.1. | Opis rodzaju wsparcia (formy i zakres) |  |
| 2.2. | Opis docelowej grupy adresatów wsparcia (osób niepełnosprawnych) |  |
| 2.3. | Łączna wysokość wydatków planowanych na realizację wsparcia | (w zł) |
| 2.4. | Planowana liczba Beneficjentów objętych wsparciem łącznie |  |
| 2.4.1. | w tym: I stopień niepełnosprawności, w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności |  |
| 2.4.2. | w tym: II stopień niepełnosprawności, w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności |  |
| 2.4.3. | w tym: osoby małoletnie posiadające I lub II stopień niepełnosprawności, w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności |  |
| 2.5. | Planowana liczba osób towarzyszących (o ile dotyczy) |  |
| 2.6. | Termin uruchomienia wsparcia (dzień, miesiąc, rok) |  |
| 2.7. | Termin zakończenia wsparcia (dzień, miesiąc, rok) |  |
| 2.8. | Realizator wsparcia (jednostka organizacyjna samorządu) |  |

**Wykaz wydatków planowanych na realizację wsparcia (budżet)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa wydatku | Podstawa kalkulacji | Ogółem w zł | Ze środków PFRON w zł |
| 2.9.1 |  |  |  |  |
| 2.9.2 |  |  |  |  |
| 2.9.3[[3]](#footnote-3) |  |  |  |  |
|  | Ogółem w zł: |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Część B.2. wniosku: Wnioskowana kwota pomocy finansowej na realizację dodatkowego wsparcia wymienionego w części B.1 wniosku** |

**Wnioskowana ze środków PFRON kwota pomocy finansowej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Łączne wydatki związane z realizacją przez Wnioskodawcę dodatkowego wsparcia w ramach Modułu II programu | zł |
|  | słownie złotych |  |
| B. | Wnioskowana kwota finansowania / dofinansowania ze środków PFRON | zł |
|  | słownie złotych |  |
| C. | Wkład własny Wnioskodawcy (o ile dotyczy) | zł |
|  | słownie złotych |  |

|  |
| --- |
| **Część C.1. wniosku: Informacja dotycząca zlecania realizacji zadań publicznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie – zgodnie z zasadami Modułu II programu** |

**Uwaga!** Cześć C.1. oraz część C.2. należy wypełnić jeżeli przedmiotem wniosku jest zlecanie przez samorząd realizacji zadań publicznych na rzecz osób niepełnosprawnych, na podstawie przepisów ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie – mających na celu zapewnienie pomocy Beneficjentom programu oraz osobom towarzyszącym; zgodnie z zasadami Modułu II programu . Pod pojęciem „organizacji pozarządowej” należy rozumieć organizacje pozarządowe oraz podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie

1. **Ogólna informacja dotycząca złożonych ofert realizacji zadania publicznego**

|  |  |
| --- | --- |
| Łączna liczba ofert realizacji zadania publicznego na rzecz osób niepełnosprawnych, złożonych do samorządu przez organizacje pozarządowe na podstawie przepisów ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie – mających na celu zapewnienie pomocy Beneficjentom programu oraz osobom towarzyszącym; zgodnie z zasadami Modułu II programu  **Uwaga!** dotyczy ofert na których realizację Wnioskodawca występuje do PFRON o przyznanie pomocy finansowej |  |
| Łączna wysokość wnioskowanych kwot pomocy finansowej w ofertach realizacji zadania publicznego złożonych do samorządu | zł |
| słownie złotych |  |

1. **Szczegółowa informacja dotycząca złożonych ofert realizacji zadania publicznego**

**Uwaga!** Należy wypełnić dla każdej oferty oddzielnie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.1. | Nazwa organizacji pozarządowej składającej ofertę **Uwaga!** w przypadku oferty wspólnej należy wskazać każdego z Oferentów |  |
| 2.2. | Tytuł zadania |  |
| 2.3. | Opis docelowej grupy beneficjentów zadania (osób niepełnosprawnych / osób im towarzyszących) |  |
| 2.4. | Planowana liczba Beneficjentów objętych wsparciem łącznie |  |
| 2.4.1. | w tym: I stopień niepełnosprawności, w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności |  |
| 2.4.2. | w tym: II stopień niepełnosprawności, w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności |  |
| 2.4.3. | w tym: osoby małoletnie posiadające I lub II stopień niepełnosprawności, w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności |  |
| 2.5. | Planowana liczba osób towarzyszących (o ile dotyczy) |  |
| 2.6. | Opis działań planowanych do realizacji w ramach zadania |  |
| 2.7. | Łączny koszt realizacji zadania | zł |
| 2.8. | Planowane rezultaty zadania |  |
| 2.9. | Termin rozpoczęcia realizacji zadania (dzień, miesiąc, rok) |  |
| 2.10. | Termin zakończenia realizacji zadania (dzień, miesiąc, rok) |  |

1. **Szczegółowa informacja dotycząca złożonych ofert realizacji zadania publicznego [[4]](#footnote-4)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3.1. | Nazwa organizacji pozarządowej składającej ofertę **Uwaga!** w przypadku oferty wspólnej należy wskazać każdego z Oferentów |  |
| 3.2. | Tytuł zadania |  |
| 3.3. | Opis docelowej grupy beneficjentów zadania (osób niepełnosprawnych / osób im towarzyszących) |  |
| 3.4. | Planowana liczba Beneficjentów objętych wsparciem łącznie |  |
| 3.4.1. | w tym: I stopień niepełnosprawności, w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności |  |
| 3.4.2. | w tym: II stopień niepełnosprawności, w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności |  |
| 3.4.3. | w tym: osoby małoletnie posiadające I lub II stopień niepełnosprawności, w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności |  |
| 3.5. | Planowana liczba osób towarzyszących (o ile dotyczy) |  |
| 3.6. | Opis działań planowanych do realizacji w ramach zadania |  |
| 3.7. | Łączny koszt realizacji zadania | zł |
| 3.8. | Planowane rezultaty zadania |  |
| 3.9. | Termin rozpoczęcia realizacji zadania (dzień, miesiąc, rok) |  |
| 3.10. | Termin zakończenia realizacji zadania (dzień, miesiąc, rok) |  |

|  |
| --- |
| **Część C.2. wniosku: Wnioskowana kwota pomocy finansowej na realizację ofert realizacji zadania publicznego wymienionych w części C.1 wniosku** |

**Wnioskowana ze środków PFRON kwota pomocy finansowej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Łączny koszt realizacji ofert realizacji zadania publicznego na rzecz osób niepełnosprawnych, złożonych do samorządu na podstawie przepisów ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie – mających na celu zapewnienie pomocy Beneficjentom programu oraz osobom towarzyszącym; zgodnie z zasadami Modułu II programu  **Uwaga!** dotyczy ofert na których realizację Wnioskodawca występuje do PFRON o przyznanie pomocy finansowej | zł |
|  | słownie złotych |  |
| B. | Wnioskowana kwota finansowania / dofinansowania ze środków PFRON | zł |
|  | słownie złotych |  |
| C. | Wkład własny Wnioskodawcy (o ile dotyczy) | zł |
|  | słownie złotych |  |

|  |
| --- |
| **Część D wniosku: Łączna wysokość wnioskowanej pomocy finansowej na realizację zadań publicznych wymienionych w częściach B-C wniosku** |

**Łączna wnioskowana ze środków PFRON, na podstawie niniejszego wniosku, kwota pomocy finansowej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Łączny koszt uruchomienia przez samorząd wsparcia – zgodnie z zasadami Modułu II programu  Suma kwot wykazanych w Pkt A w część B.2, w części C.2 | zł |
|  | słownie złotych |  |
| B. | Wnioskowana kwota finansowania / dofinansowania ze środków PFRON  Suma kwot wykazanych w Pkt B w część B.2, w części C.2 | zł |
|  | słownie złotych |  |
| C. | Wkład własny Wnioskodawcy (o ile dotyczy)  Suma kwot wykazanych w Pkt C w część B.2, w części C.2 | zł |
|  | słownie złotych |  |

**Załączniki wymagane do wniosku**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa załącznika**  Przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „X” | **Tak** | **Nie** |
| Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione (na mocy pełnomocnictwa) do reprezentowania Wnioskodawcy. |  |  |

**Oświadczenia Wnioskodawcy**

**Oświadczam, że:**

1. podane we wniosku informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym – przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
2. znane mi są postanowienia programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”;
3. w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie (na stronie internetowej PFRON, w Biuletynie Informacji Publicznej, w siedzibie PFRON w miejscu przeznaczonym na zamieszczanie ogłoszeń) uchwały Zarządu PFRON lub decyzji Pełnomocników Zarządu PFRON przyznającej środki PFRON na podstawie niniejszego wniosku.

**Podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Data, pieczątka imienna | Data, pieczątka imienna |

**Decyzja Pełnomocników Zarządu PFRON w Oddziale PFRON**

|  |  |
| --- | --- |
| Decyzja pozytywna (Tak / Nie) |  |
| Decyzja negatywna (Tak / Nie) |  |
| Łączna wysokość przyznanej pomocy finansowej | zł |
| słownie złotych |  |
| **W tym na:** |  |
| Wsparcie realizowane bezpośrednio przez samorząd – zgodnie z zasadami Modułu II programu | zł |
| słownie złotych |  |
| Zlecanie przez samorząd realizacji zadań publicznych na rzecz osób niepełnosprawnych, na podstawie przepisów ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie – zgodnie z zasadami Modułu II programu | zł |
| słownie złotych |  |
| Ewentualne uwagi |  |

**Podpisy Pełnomocników Zarządu PFRON w Oddziale PFRON**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Data, pieczątka imienna | Data, pieczątka imienna |

1. W przypadku większej liczby wydatków należy wstawić w tabeli kolejne wiersze: 1.9.4, 1.9.5, itd. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku większej liczby wsparcia należy dodać pkt 3, 4, itd. [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku większej liczby wydatków należy wstawić w tabeli kolejne wiersze: 2.9.4, 2.9.5, itd. [↑](#footnote-ref-3)
4. W przypadku większej liczby ofert należy dodać pkt 4, 5, itd. [↑](#footnote-ref-4)