Załącznik nr 1 do uchwały nr 1796/270/21

Zarządu Województwa Mazowieckiego

z dnia 15 listopada 2021 r.

Załącznik Nr 1 do Zasad

|  |
| --- |
| **Nr sprawy:** |

w*ypełnia Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej*

(miejsce na pieczątkę nagłówkową/firmową Wnioskodawcy)

(pieczątka Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej)

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie robót budowlanych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2003 r. Nr 207, poz. 2016, z późn. zm.), dotyczących obiektów służących rehabilitacji, w związku z potrzebami osób niepełnosprawnych, z wyjątkiem rozbiórki tych obiektów**

|  |
| --- |
| **Część A: Informacje o Wnioskodawcy** |

**1. Dane teleadresowe ubiegającego się o dofinansowanie:**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku/lokalu |  |
| Nr telefonu (z nr kier.) |  |
| Nr faksu (z nr kier.) |  |
| Nr telefonu komórkowego |  |
| E-mail |  |

**2. Adres do korespondencji:** jeśli inny niż w pkt. 1

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku/lokalu |  |

**3. Informacje o stanie prawnym Wnioskodawcy:**

|  |  |
| --- | --- |
| Forma prawna |  |
| Numer identyfikacji podatkowej |  |
| Nazwa i numer dokumentu określającego status prawny i podstawę działania oraz numer wnioskodawcy, a także dokumentu z którego wynika upoważnienie osób podpisujących wniosek do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy |  |
| Nazwa banku i nr rachunku bankowego |  |

**4. Dane osoby/ób upoważnionej/ych do podpisania umowy o dofinansowanie**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko lub funkcja |  |
| e-mail |  |
| Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko lub funkcja |  |
| e-mail |  |
| … |  |
| … |  |
| … |  |

**5. Dane osoby upoważnionej do kontaktów roboczych w sprawach dotyczących dofinansowania**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko lub funkcja |  |
| Nazwa instytucji |  |
| Nr telefonu (z nr kier.) |  |
| Nr faksu (z nr kier.) |  |
| Nr telefonu komórkowego |  |
| E-mail |  |

|  |
| --- |
| **Część B: Informacje o przedmiocie wniosku** |

**1. Nazwa zadania**

|  |
| --- |
|  |

**2. Opis szczegółowy zadania**

|  |
| --- |
|  |

**3. Miejsce realizacji zadania**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa |  |
| Województwo | Mazowieckie |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku/lokalu |  |
| Nr telefonu (z nr kier.) |  |
| Nr faksu (z nr kier.) |  |
| Nr telefonu komórkowego |  |
| E-mail |  |

**4. Cel zadania i uzasadnienie potrzeb jego realizacji**

|  |
| --- |
|  |

**5. Stan istniejący – opis problemów i potrzeb**

|  |
| --- |
|  |

**6. Przewidywane efekty realizacji zadania i jego wpływ na sytuację osób niepełnosprawnych**

|  |
| --- |
|  |

1. **Liczba osób niepełnosprawnych korzystających z efektów zadania**

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba osób niepełnosprawnych mogących korzystać z rehabilitacji w wyniku realizacji zadania (określonego w części B pkt 1) |  |
| a) do 5 |  |
| b) od 6 do 15 |  |
| c) od 16 do 30 |  |
| d) od 31 do50 |  |
| e) powyżej 50 |  |

**8. Znaczenie realizowanego zadania**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadanie o znaczeniu regionalnym | TAK 🞎 | NIE 🞎 |
| Zadanie o znaczeniu lokalnym | TAK 🞎 | NIE 🞎 |

**9. Informacja o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę**

|  |  |
| --- | --- |
| Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON | TAK 🞎  NIE 🞎 |
| Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON (tylko, gdy zaznaczono NIE) |  |

**10. Informacja o prowadzonej przez Wnioskodawcę działalności na rzecz osób niepełnosprawnych**

|  |  |
| --- | --- |
| Cel działania |  |
| Zakres terytorialny działania Wnioskodawcy (nazwa powiatu, gminy, itp.) |  |
| Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych |  |

**11. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nr i data zawarcia umowy | Kwota przyznana | Cel lub nazwa zadania | Termin rozliczenia | Stan rozliczenia |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| Razem | |  | Razem kwota rozliczona | |  |

**12. Tytuł prawny do nieruchomości**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Właściciel | TAK 🞎 | NIE 🞎 |
| Użytkownik wieczysty | TAK 🞎 | NIE 🞎 |
| Posiadacz (przez okres co najmniej jednego roku przed dniem złożenia wniosku i nadal) | TAK 🞎 | NIE 🞎 |

|  |
| --- |
| **Część C: Kosztorys zadania/zestawienie planowanych kosztów** |

1. **Kosztorys zadania (w zł)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | I etap - rok 20… | | | II etap - rok 20… | | | III etap - rok 20… | | |
|  | | kwota netto | VAT | kwota brutto | kwota netto | VAT | kwota brutto | kwota netto | VAT | kwota brutto |
| Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Środki własne przeznaczone na realizację zadania | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inne źródła finansowania ogółem: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| w tym: | a) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| b) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Uwaga:** Jeżeli Wnioskodawca nie jest przedsiębiorcą wysokość dofinansowania ze środków PFRON nie może przekroczyć 50% kosztów realizacji zadania, natomiast gdy jest przedsiębiorcą wysokość dofinansowania nie może przekroczyć 30% kosztów realizacji zadania.

**2. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania**

|  |  |
| --- | --- |
| Termin rozpoczęcia realizacji zadania: | od ……………..… 20… r.  do ……………..… 20… r. |
| Przewidywany czas realizacji (proszę określić w miesiącach): | …………………………miesiące/y |

1. **Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych** przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym jest składany wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania(UWAGA – dofinansowanie nie obejmuje kosztów poniesionych przed dniem zawarcia umowy)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Źródło finansowania i cel** | **Kwota netto** | **VAT** | **Kwota brutto** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |
| **SUMA** | |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Część D: Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku** |

1. **Wykaz załączników/oświadczeń**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa załącznika** | **Załączono do wniosku** | | | | | | **Uzupełniono** | | | | |
| **TAK** | | **NIE** | | **NIE DOTYCZY** | | **TAK**  **data/ podpis** | | **NIE** | | |
| *wypełnia*  *Wnioskodawca* | | | | | | *wypełnia pracownik Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej* | | | | |
| 1. Aktualny wypis z rejestru sądowego *(ważny 3 miesiące)* |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 1. Potwierdzona kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej  *(ważna 3 miesiące)* |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 1. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach  *(zaświadczenie z banku)* |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 1. Dane osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania i zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 1. Statut lub umowa spółki |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 1. Udokumentowana informacja o prowadzeniu działalności w zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 1. Oświadczenie Wnioskodawcy, że nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 1. Oświadczenie Wnioskodawcy, że nie był w ciągu trzech lat, przed dniem złożenia wniosku, stroną umowy zawartej z PFRON, której rozwiązanie nastąpiło z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 1. Oświadczenie Wnioskodawcy, że nie uzyskał, w ciągu ostatnich 3 lat przed dniem złożenia wniosku, dofinansowania ze środków PFRON będących w dyspozycji samorządu województwa, dotyczącego obiektu objętego tym wnioskiem |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 1. Informacja o sytuacji finansowej Wnioskodawcy |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 1. Udokumentowana informacja o zapewnieniu środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 1. Udokumentowany tytuł prawny nieruchomości, tj. działki, budynku, obiektu, lokalu (odpis z KW, umowa użyczenia, umowa dzierżawy, umowa najmu, itp. W przypadku bycia posiadaczem części lub całości nieruchomości umowy muszą obejmować okres co najmniej jednego roku przed dnie złożenia wniosku o dofinansowanie) |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 1. Pozwolenie na budowę lub zgłoszenie przewidziane w przepisach prawa budowlanego |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 1. Zestawienie przewidywanego całkowitego kosztu przedsięwzięcia  z określeniem szczegółowego zakresu rzeczowego zadania (wg wzoru), wraz z kosztorysem ofertowym lub kosztorysem inwestorskim, który spełnia wymogi Rozporządzenia Ministra Infrastruktury z 18 maja 2004r. 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. Nr 130, poz.1389) |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 1. Dokumentacja projektowa umożliwiająca ocenę realizowanego zadania |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 1. Ocena aktualnego stanu technicznego obiektu (nie dotyczy nowo wybudowanych obiektów w ostatnich trzech latach przed dniem złożenia wniosku) |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 1. Oświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą i dobrą wolą informacje zawarte we wniosku o dofinansowanie oraz załączonych do niego dokumentach są prawdziwe, a kwota dofinansowania stanowi minimum niezbędne dla realizacji zadania |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 1. Oświadczam, że wszelkie działania w ramach projektu związane z podejmowaniem zamówień publicznych będą realizowane zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych. |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 1. Oświadczam, że …………. (nazwa Wnioskodawcy) nie ma prawnej możliwości odzyskania podatku VAT i nie są obecnie mi znane żadne przesłanki, które mogą spowodować, że w przyszłości będzie mieć prawną możliwość odzyskania podatku VAT w ramach zadania: ……….. (jak w Części B. pkt 1) (nazwa projektu)w ramach zadania pn. „Roboty budowlane w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2003 r. Nr 207, poz. 2016, z późn. zm.), dotyczące obiektów służących rehabilitacji, w związku z potrzebami osób niepełnosprawnych, z wyjątkiem rozbiórki tych obiektów”. Podatek VAT, o którym mowa w niniejszym oświadczeniu, został/zostaniefaktycznie poniesiony. |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 1. Oświadczam, że znane są mi zapisy Zasad realizacji zadania pn. „Roboty budowlane w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2003 r. Nr 207, poz. 2016, z późn. zm.), dotyczące obiektów służących rehabilitacji, w związku z potrzebami osób niepełnosprawnych, z wyjątkiem rozbiórki tych obiektów. |  | |  | |  | |  | | |  | |
| *inne dokumenty* (*wypełnia Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej*): | | | | | | | | | | | |
| *a)* |  | |  | |  | | |  | |  | |
| *b)* |  | |  | |  | | |  | |  | |
| *c)* |  | |  | |  | | |  | |  | |
| **Jeżeli Wnioskodawca jest przedsiębiorcą dodatkowo** | | | | | | | | | | | |
| 1. Zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej 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 |  | |  | | |  | |  | |  | |
| 1. Informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaka otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym związana jest pomoc de minimis |  | |  | | |  | |  | |  | |
| 1. Oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudniej sytuacji ekonomicznej w rozumieniu kryteriów określonych w przepisach Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy |  | |  | | |  | |  | |  | |
| **Jeżeli Wnioskodawca jest przedsiębiorcą prowadzącym zakład pracy chronionej** | | | | | | | | | | | |
| 1. Potwierdzona kopia aktualnej decyzji w sprawie przyznania statusu ZPCh | |  | |  | |  | |  | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (pieczątka imienna)  ………………………….………………..  (data i podpis) |  | (pieczątka imienna)  ………………………….………………..  (data i podpis) |

Podpisy osoby/osób uprawnionych do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy.

Część D - załącznik 14

**Zestawienie przewidywanego całkowitego kosztu zadania**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | I etap - rok 20… | | | | II etap - rok 20… | | | III etap - rok 20… | | |
|  | | kwota netto | | VAT | kwota brutto | kwota netto | VAT | kwota brutto | kwota netto | VAT | kwota brutto |
| **Szczegółowy zakres rzeczowy zadania określonego w części B pkt 1 i 2 wniosku** | | | | | | | | | | | |
| **I. Środki własne przeznaczone na realizację zadania** | | | | | | | | | | | |
| 1. | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| … | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Inne źródła finansowania ogółem: | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| w tym: | a) |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …) |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Łączna kwota (w zł) | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II. Kwota dofinansowania ze środków PFRON (w zł)** | | | | | | | | | | | |
| **1.** | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Łączna kwota (w zł) | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Całkowita wartość zadania (w zł) (wiersz I-II)** | | | | | | | | | | | |
| **1.** | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota (w zł)** | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |