

PROJEKT

Załącznik nr 1

do Umowy nr WRR/000065/08/D z dnia 2013 roku

Wykaz projektów objętych dofinansowaniem ze środków PFRON

Obszar A programu

Nazwa projektu	Nazwa i adres beneficjenta	Zakres rzeczowy projektu wg rodzajów kosztów	Maksymalny procentowy udział środków PFRON w kosztach realizacji projektu	Maksymalna kwota dofinansowania projektu ze środków PFRON w zł
Zakup sprzętu rehabilitacyjnego dla szpitala w Białej	Zespół Opieki Zdrowotnej ul. Moniuszki 8 48-210 Biała na rzecz: Oddział kardiologiczny niewydolności serca Szpitala ul. Moniuszki 8 48-210 Biała	1. Fotel rehabilitacyjny – 1 szt. 2. Stół rehabilitacyjny – 1 szt. 3. Materac przeciwośluzowy – 2 szt.	60%	5.947,99
Zakup sprzętu rehabilitacyjnego dla Szpitala w Brzegu ul. Mossora	Brzeskie Centrum Medyczne ul. Mossora 1 49-301 Brzeg na rzecz: Oddział wewnętrzny Szpitala ul. Mossora 1 49-301 Brzeg	1. Łóżko rehabilitacyjne – 8 szt.	60%	15.552,00
Zakup sprzętu rehabilitacyjnego dla Szpitala w Brzegu ul. Nyssańska	Brzeskie Centrum Medyczne ul. Mossora 1 49-301 Brzeg na rzecz: Oddział rehabilitacji neurologicznej Szpitala ul. Nyssańska 4-6 49-301 Brzeg	1. Łóżko rehabilitacyjne – 4 szt. 2. Aparat do trakcji – 1 szt. 3. Stół do trakcji – 1 szt. 4. Stół do masażu – 1 szt. 5. Aparat do elektroterapii – 1 szt.	60%	32.060,66
Zakup sprzętu rehabilitacyjnego dla Szpitala w Branicach	Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwów i Psychicznie Chorych ul. Szpitalna 18 48-140 Branice na rzecz: Oddział Rehabilitacji Pawilon J Szpitala, ul. Szpitalna 18 48-140 Branice	1. Zestaw ProComp5 do biofeedback, laptop z oprogramowaniem do biofeedback, monitor – 1 kpl. 2. Aparat do powierzchniowej elektromiografii oraz elektrostymulacji – 1 szt. 3. Wózek do rehabilitacji i ćwiczeń – 1 szt.	60%	20.692,32

Nazwa projektu	Nazwa i adres beneficjenta	Zakres rzeczowy projektu wg rodzajów kosztów	Maksymalny procentowy udział środków PFRON w kosztach realizacji projektu	Maksymalna kwota dofinansowania projektu ze środków PFRON w zł
Zakup sprzętu rehabilitacyjnego dla Szpitala nr 2 w Głucholazach	<p>Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej ul. M. C. Skłodowskiej 16 48-340 Głucholazy</p> <p>na rzecz: Dział Fizykoterapii Szpitala Nr 2 ul. Lompy 2 48-340 Głucholazy</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aparat do elektroterapii – 1 szt. 2. Aparat do masażu pneumatycznego – 1 szt. 3. Osprzęt do UGUL w wersji standard – 1 kpl. 4. Lampa SOLLUX statywowa – 2 szt. 	60%	9.158,13
Zakup sprzętu rehabilitacyjnego dla szpitala MSW w Głucholazach	<p>SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSW w Głucholazach ul. Karłowicza 40 48-340 Głucholazy</p> <p>na rzecz: Dział usprawniania Leczniczego, I i II Oddział Chorób Płuc, III Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy ul. Karłowicza 40 48-340 Głucholazy</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poręcz do nauki chodzenia – 1 szt. 2. Podest równoważny – 1 szt. 3. Trener równowagi – 1 szt. 4. Lustro korekcyjne ze skrzydłami – 1 szt. 5. Lampa SOLLUX statywowa – 4 szt. 6. Krzesło do masażu – 1 szt. 7. Laska gimnastyczna – 15 szt. 8. Stepper – 3 szt. 9. Piłka rehabilitacyjna 1 kg – 15 szt. 10. Piłka gimnastyczna śr. 25cm – 20 szt. 11. Przyrząd do ćwiczeń samowspomaganych i z oporem stawu skokowego (plantator) – 1 szt. 12. Chodzik składany – 9 szt. 13. Łóżko rehabilitacyjne – 5 szt. 14. Inhalator – 21 szt. 	60%	34.547,50
Zakup sprzętu rehabilitacyjnego dla Szpitala w Głubczycach	<p>SP ZOZ w Głubczycach ul. M. Skłodowskiej-Curie 26 48-100 Głubczyce</p> <p>na rzecz: Gabinet Rehabilitacji, Oddział Neurologiczny, ZOL ul. M. Skłodowskiej-Curie 26 48-100 Głubczyce</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aparat do magnoterapii wraz z wyposażeniem (bez półki) – 1 szt. 2. Pionizator dynamiczny – 1 szt. 3. Łóżko rehabilitacyjne elektryczne z wyposażeniem (bez szafki) – 44 szt. 4. Łóżko rehabilitacyjne elektryczne z wyposażeniem (bez szafki) – 6 szt. 	60%	84.051,60

Nazwa projektu	Nazwa i adres beneficjenta	Zakres rzeczowy projektu wg rodzajów kosztów	Maksymalny procentowy udział środków PFRON w kosztach realizacji projektu	Maksymalna kwota dofinansowania projektu ze środków PFRON w zł
Zakup sprzętu rehabilitacyjnego dla Szpitala w Pokoju	<p>Samodzielny Publiczny Zespół Szpitali Pulmonologiczno-Reumatologicznych ul. K. Miarki 14 46-082 Kup</p> <p><u>na rzecz:</u> Zakład Rehabilitacji Szpitala Rehabilitacyjnego w Pokoju ul. Namysłowska 22 46-034 Pokój</p>	<p>1. Wielofunkcyjny aparat do terapii kombinowanej, terapii ultradźwiękowej, laseroterapii, magnetoterapii i elektroterapii wraz z oprzyrządowaniem – 1 kpl. 2. Orbitek elektromagnetyczny – 2 szt.</p>	60%	11.396,20
Zakup sprzętu rehabilitacyjnego dla Szpitala w Korfantomie	<p>Opolskie Centrum Rehabilitacji SP ZOZ w Korfantomie ul. Wyzwolenia 11 48-317 Korfantów</p> <p><u>na rzecz:</u> Dział Fizjoterapii Zakładu fizykoterapii i Zakładu kinezyterapii, Gabinety usprawniania leczniczego Przychodni, Oddział Chirurgii Ortopedycznej ul. Wyzwolenia 11 48-317 Korfantów</p>	<p>1. Aparat do elektroterapii jednokanałowy – 2 szt. 2. Aparat do elektroterapii dwukanałowy – 1 szt. 3. Kabina UGUL z drabinką i osprzętem w wersji standard – 4 kpl. 4. Lampa SOLLUX – 6 szt. 5. Cykloergometr rowerowy – 4 szt. 6. Kozetka drewniana do elektroterapii oraz masażu – 4 szt. 7. Szyna CPM do ćwiczeń kończyn dolnych – 2 szt.</p>	60%	64.496,20
Zakup sprzętu rehabilitacyjnego dla Szpitala w Prudniku	<p>Prudnickie Centrum Medyczne S.A. w Prudniku ul. Szpitalna 14 48-200 Prudnik</p> <p><u>na rzecz:</u> Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Głogówku ul. Konopnickiej 2 48-250 Głogówek</p>	<p>1. Łóżko rehabilitacyjne elektryczne z wyposażeniem – 4 szt. 2. Aparat zestaw do magnetoterapii, elektroterapii, laseroterapii i ultradźwięków – 1 szt. 3. Lampa Biopton – 1 szt. 4. Lampa SOLLUX – 3 szt. 5. Kozetka rehabilitacyjna – 1 szt. 6. Tablica do ćwiczeń manualnych – 3 szt. 7. Stół do terapii manualnej – 1 szt.</p>	60%	66.831,24
Zakup sprzętu rehabilitacyjnego dla WSPL w Nysie	<p>Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SPZOZ ul. Kościuszki 3 48-300 Nysa</p> <p><u>na rzecz:</u> Gabinet fizjoterapii budynek B ul. Kościuszki 3 48-300 Nysa</p>	<p>1. Aparat do laseroterapii z wyposażeniem – 1 szt. 2. Aparat do terapii ultradźwiękowej z wyposażeniem – 1 szt. 3. Stół składany do masażu z wyposażeniem – 1 szt. 4. Rower rehabilitacyjny – 1 szt. 5. Osprzęt pełny do kabiny UGUL – 1 kpl. 6. Kolumna przysięciana do ćwiczeń oporowych – 1 szt.</p>	60%	11.335,80

Nazwa projektu	Nazwa i adres beneficjenta	Zakres rzeczowy projektu wg rodzajów kosztów	Maksymalny procentowy udział środków PFRON w kosztach realizacji projektu	Maksymalna kwota dofinansowania projektu ze środków PFRON w zł
Zakup sprzętu rehabilitacyjnego dla Szpitala w Kluczborku	Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. NZOZ Szpital Powiatowy ul. M. Skłodowskiej-Curie 23 46-200 Kluczbork <i>na rzecz:</i> Gabinet Rehabilitacji dla dorosłych, Dzienny Ośrodek Rehabilitacji dla dzieci z Zaburzeniami Wieku Rozwojowego Powiatowego Ośrodka Rehabilitacji PCZ ul. Sienkiewicza 20B 46-200 Kluczbork	1. Aparat do masażu Aquivibron wraz z urządzeniem Ekopompa z zamkniętym obiegiem wody – 1 kpl. 2. Wirówka kończyn górnych – 1 szt. 3. Wirówka kończyn dolnych i kręgosłupa – 1 szt. 4. Kabina UGUL – 1 szt. 5. Kabina UGUL z przewieszką boczną – 1 szt. 6. Osprzęt pełny do UGUL-a – 2 kpl. 7. Poręcze – tor do nauki chodzenia – 1 szt. 8. Stół rehabilitacyjny dwuczściowy z ręczną regulacją wysokości- 2 szt. 9. Stół do pionizacji – 1 szt. 10. Kliny do masażu – 1 kpl. 11. Taśma rehabilitacyjna lekka – 5 szt. 12. Taśma rehabilitacyjna średnia – 5 szt. 13. Podest równoważny kwadrat – 1 szt. 14. Podest równoważny półkula – 1 szt. 15. Dysk korekcyjny Dynar XXL 50cm -1 szt. 16. Dysk korekcyjny Dynar XL sensoryczny 36cm – 1 szt. 17. Piłka sensoryczna 23cm- 1 szt. 18. Multiroll wałek terapeutyczny 50x15 - 1 szt. 19. Rower rehabilitacyjny – 2 szt. 20. Przyrząd do ćwiczeń stawu skokowego – krzyżak – 2 szt. 21. Kolumna przysięcna do ćwiczeń z ławeczką – 1 szt. 22. Aparat do diatermii mikrofalowej – 1 szt. 23. Dwukanałowy aparat do elektroterapii – 1 szt. 24. Aparat do elektroterapii – 1 szt.	60%	57.053,81
Łącznie do kwoty:				413.123,45

Maksymalne koszty obsługi programu (do 2,5% kwoty dofinansowania projektów): **10.328,09 złotych.**

PFRON

JEDNOSTKA SAMORZĄDU

Załącznik nr 2 do umowy nr.....
 Zwa jednostki samorządu terytorialnego
 dającej realizatorem programu
 część jednostki

Szczelbel jednostki samorządu terytorialnego: należy zaznaczyć z podanego katalogu, przez skreślenie właściwego pola

1 - jednostka samorządu terytorialnego szczebla wojewódzkiego

2 - jednostka samorządu terytorialnego szczebla powiatowego

Kwartalne sprawozdanie z rocznej realizacji "Programu wyrównywania różnic między regionami II"
 (do 15-go dnia kolejnego miesiąca; w formie elektronicznej - na adres Oddziału PFRON oraz pisemnie)
 stan na dzień (ostatni dzień kwartału, którego dotyczy sprawozdanie)
 kierowane do Oddziału PFRON

SPRAWOZDANIA NALEŻY PRZEKAZYWAĆ DO OSTATNIEGO KWARTAŁU, W KTÓRYM NASTĄPI PEŁNE ROZLICZENIE WSZYSTKICH PROJEKTÓW

DOTYCZY: projektów z 20..... roku		Kwota otrzymana z PFRON na realizację projektu w ramach programu																	
Lp.	Nazwa i adres beneficjenta	Obszar programu	Miejsce realizacji projektu		Planowany termin zakończenia realizacji projektu (m.r.)		Łączny koszt realizacji projektu w roku realizacji programu		Kwota wnioskowana w ramach programu przez beneficjenta na realizację projektu		Ewentualny udział środków algorytmu - dotyczy wyłącznie obszaru F programu		Proponowany przez projektodawcę % udziału środków PFRON w realizacji projektu		Współfinansowanie projektu (inne niż środki PFRON)		Liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt A - liczba osób niepełnosprawnych, które jednorazowo mogą być przyjęte i rehabilitowane w obiekcie na sprzęcie zakupionym w ramach programu, B- liczba osób, które korzystają z likwidacji barier, C - liczba dla osób niepełnosprawnych które zostały zatrudnione w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w spóźnień społecznej osób prawnych, D- liczba miejsc dla osób niepełnosprawnych w pojeździe, F - liczba uczestników warsztatów terapii zajęciowej		Kwota otrzymana z PFRON na realizację projektu w ramach programu
			gdy miejscem realizacji projektu jest wydziałona jednostka organizacyjna beneficjenta wpisując pełną nazwę i adres tej jednostki organizacyjnej	Planowany termin zakończenia realizacji projektu (m.r.)	Łączny koszt realizacji projektu w roku realizacji programu	Kwota wnioskowana w ramach programu przez beneficjenta na realizację projektu	Ewentualny udział środków algorytmu - dotyczy wyłącznie obszaru F programu	Proponowany przez projektodawcę % udziału środków PFRON w realizacji projektu	Współfinansowanie projektu (inne niż środki PFRON)	Ogółem	w tym dzieci i młodzież niepełnosprawna (do 18 r.ż.)								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13							
			X	X				X	X										
		RAZEM																	

sporządził..... Tel. (kier.).....wewn.....
 Data, pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionych

BJAŚNIENIA:

-) Należy wpisać wszystkie projekty złożone w ramach realizacji programu
-) Należy wpisać odpowiedni obszar poprzez wstawienie liter A, B, C, D lub F
-) Należy wpisać odpowiednio dla obszaru programu
-) Należy wpisać wyłącznie jeden status z podanego katalogu, który stanowi załącznik do wzoru sprawozdania

Umowa o realizację programu przez jednostkę samorządu terytorialnego

Realizacja umowy z beneficjentem																
kwota przyznanego przez Realizatora programu finansowania projektu w ramach PFRON w ramach programu)	14															
Data zawarcia umowy z beneficjentem (d.m.r.)	15															X
Liczba dofinansowanych obiektów/placówek edukacyjnych/ zoz-ów/ urzędów/pojazdów/spółdzielni socjalnych osób prawnych	16															
Kwota dofinansowania ze środków PFRON w ramach programu - umowa z beneficjentem (narastająco)	17															
Kwota udziału finansowego w projekcie podmiotów innych niż PFRON	18															
Kwota wypłacona ze środków PFRON w ramach programu ogółem (narastająco)	19															
Kwota rozliczona (narastająco)	20															
Kwota pozostała do wypłaty (stan na ostatni dzień kwartalu, którego dotyczy sprawozdanie)	21															
Przewidywane zobowiązania finansowe na rok następnny	22															
Aktualny status projektu 4)	23															X
UWAGI REALIZATORA PROGRAMU	24															X

Załącznik do wzoru kwartalnego sprawozdania
z realizacji "Programu wyrównywania różnic
między regionami II" (realizatora programu)

Katalog statusów projektów w ramach "Programu wyrównywania różnic między regionami II" - należy wybrać odpowiedni przez wpisanie właściwej litery:

Należy wybrać wyłącznie jeden status z podanego katalogu (stan na ostatni dzień kwartału, którego dotyczy sprawozdanie) przez wpisanie właściwej litery:

- A - projekt pozytywnie zweryfikowany pod względem formalnym, wycofany przed złożeniem wystąpienia
- B - projekt pozytywnie zweryfikowany pod względem formalnym, nie ujęty w wystąpieniu
- C - projekt pozytywnie zweryfikowany pod względem formalnym
- D - projekt negatywnie zweryfikowany pod względem formalnym
- E - projekt niekompletny
- K - projekt z pozytywną decyzją realizatora programu
- L - projekt z negatywną decyzją realizatora programu
- M - rezygnacja z realizacji projektu przed zawarciem umowy
- N - projekt z zawartą umową przed finansowaniem,
- P - rezygnacja z realizacji projektu po zawarciu umowy,
- R - projekt w trakcie finansowania,
- S - projekt w trakcie rozliczania, finansowanie zakończono
- T - projekt rozliczony z niewykorzystaną kwotą przyznanego dofinansowania
- U - projekt w całości rozliczony

Załącznik nr 3

do Umowy nr z dnia

Rozliczenie środków finansowych przyznanych w ramach "Programu wyrównywania różnic między regionami II"

Nr i data umowy zawartej pomiędzy Jednostką samorządu a PFRON: nr z dnia

Nr i data umowy zawartej pomiędzy Jednostką samorządu a Beneficjentem: nr z dnia

Nazwa obszaru programu:

Nazwa i adres beneficjenta:

Nazwa projektu (zgodnie z umową zawartą z PFRON)

L.p.	Projekt w rozbiciu na rodzaje kosztów dofinansowywanych ze środków PFRON	Kwota (w zł) na projekt zgodnie z umową zawartą z Beneficjentem	Wystawca, numer i data faktury	Nazwa towaru lub usługi (należy przedstawić szczegółowy zakres rzeczowy)	Podstawa kalkulacji wydatku			Ilość sztuk	Kwota (w zł) z/bez * VAT	
					netto/brutto	w tym VAT	ogółem		środków własne/sponsora	środków PFRON z programu
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
RAZEM:										
Wydatki na obsługę										
X										

* niepotrzebne skreślić

Oświadczenia:

Wyżej wymienione faktury sprawdzono pod względem merytorycznym, rachunkowym, formalnoprawnym i opatrzone klauzulą: „opłacono/zrefundowano * ze środków PFRON pochodzących z „Programu wyrównywania różnic między regionami II” w wysokości...”.

Oświadczam, że przedstawiona kwota wydatków na obsługę stanowi faktycznie poniesiony przez jednostkę samorządu koszt obsługi realizacji "Programu wyrównywania różnic między regionami II"

Przyjęto do ewidencji uzyskane środki trwałe zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Wszelkie płatności publicznoprawne wynikające z odrębnych przepisów, związane z wymienionymi powyżej fakturami zostały opłacone.

Przy korzystaniu ze środków PFRON przestrzegane były przepisy o zamówieniach publicznych - o ile dotyczy.

Przy udzieleniu pomocy przestrzegane były przepisy dotyczące pomocy publicznej - o ile dotyczy.

Załączono:

Informację o innych źródłach finansowania projektu (zakres, kwota, źródło finansowania).

.....
 podpisy i pieczętki imienne osób upoważnionych do
 składania oświadczeń w imieniu Jednostki
 samorządu

Rozliczenie sporządzono
 dnia.....r.

Załącznik nr 4

do Umowy nr z dnia

Rozliczenie realizacji - "Programu wyrównywania różnic między regionami II"

podstawie umowy nr z dnia

Przyznane przez PFRON środki finansowe	Realizacja		
	Kwota na obszar zgodnie z umową (w zł)	Kwota wydatkowana na realizację programu	
Nazwa obszaru realizowanego ze środków PFRON	ogółem	środki własne Beneficjentów/środków sponsora	środki z PFRON wydatkowane w ramach programu
2.	4.	5.	6.
3.			
RAZEM:			
** SUMA WYDATKÓW NA OBSŁUGĘ:			

Uwagi:

W załączeniu znajdują się kopie przelewów na konto PFRON dotyczących zwrotu niewykorzystanych środków (dotyczy Jednostek samorządu które nie wykorzystwały w środków przekazanych przez PFRON).

* Oświadczam, że kwota wydatków na obsługę stanowi faktycznie poniesiony przez jednostkę samorządu koszt obsługi realizacji programu

.....

podpisy i pieczęćki imienne osób upoważnionych do składania oświadczeń w imieniu Wnioskodawcy

Rozliczenie sporządzono dnia.....r.