Wniosek złożono w............................................... *PCPR*

w dniu...................................................

Nr sprawy:

*Wypełnia PCPR*

## WNIOSEK

## w sprawie uczestnictwa w realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

**Pouczenie:**

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

|  |
| --- |
| Część 1 WNIOSKU: Dane i informacje o Jednostce |

**1. Nazwa i adres**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pełna nazwa: ................................................................................................................ | | | |
|  |  |  |  |
| Miejscowość | Ulica | Nr posesji | Kod pocztowy |
|  |  |  |  |
| Gmina | Powiat | Województwo | Imię Nazwisko osoby do kontaktu |
|  |  | |  |
| Nr telefonu osoby do kontaktu | adres http://www | | e-mail |

2. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczątka imienna)*  podpis............................................................. | *(pieczątka imienna)*  podpis............................................................. |

**3. Informacje**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Nr identyfikacyjny NIP | Numer identyfikacyjny PFRON |
| Czy Jednostka samorządu jest podatnikiem VAT: tak: nie:  podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT ................................................................... | |
| Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak: nie:  podstawa prawna:..................................................................................................... | |

**4. Załączniki (dokumenty) wymagane do Wniosku**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa załącznika | Załączono | | Uzupełniono tak/nie | Data uzupełnienia |
| tak | nie | *(wypełnia PCPR )* | |
| 1. | Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wystąpienie podpisane jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania Jednostki |  |  |  |  |
| 2. | Oświadczenie o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników |  |  |  |  |
| 3. | Oświadczenie o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków |  |  |  |  |

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wystąpienia:**

*pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR*

*data, podpis:*

|  |
| --- |
| Część 2 WNIOSKU: Informacje o projektach |

1. Wykaz projektów zgłoszonych przez Projektodawcę, planowanych do realizacji w ramach obszaru B programu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres Projektodawcy | Nazwa projektu |
|  |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres Projektodawcy | Nazwa projektu |
|  |  |  |

3. Wykaz projektów zgłoszonych planowanych do realizacji w ramach obszaru F programu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres Projektodawcy | 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 Wystąpienia, **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):  ....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... |
| Nazwa Projektodawcy:......................................................................................................................  Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy)*..........................................................................* NIP ............................... ; Nr identyfikacyjny PFRON .............................;  Czy projektodawca jest podatnikiem VAT tak nie  Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT .............................................................................. |
| Projektodawca jest podatnikiem 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):  .............................................................................................................................................................................................................................................................................. |
| Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: …  w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: … |
| Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier ..................................... ....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ................................................................................................................... .......................................................................................................................................  NIP ..................... 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

|  |
| --- |
| Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok): ................................  Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): ..................................................................... |

### 4. Wartość wskaźników bazowych

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| liczba osób niepełnosprawnych uczęszczających do środowiskowego domu samopomocy, którego dotyczy projekt lub liczba dzieci i młodzieży niepełnosprawnej uczęszczających do placówki edukacyjnej, której dotyczy projekt, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie,  z wyszczególnieniem dzieci i młodzieży oraz osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich | **niepełnosprawni ogółem** | **niepełnosprawni do 18 roku życia** |
|  |  |
| **niepełnosprawni pełnoletni  na wózkach** | **niepełnosprawni do 18 roku życia na wózkach** |
|  |  |

**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. | 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 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 2B Wniosku**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono** | | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PCPR)*** | |
| 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:  dokumentacja techniczna niezbędna  do weryfikacji kosztorysów,  rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego i projektowanego  do wykonania,  dokument potwierdzający tytuł prawny  do obiektu,  kopia pozwolenia na budowę – jeśli pozwolenie jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów,  zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu  – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów,  dokument potwierdzający rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku. |  |  |  |  |

***Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2B Wniosku:***

*pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR*

*data, podpis:*

|  |
| --- |
| Część 2D WNIOSKU: Informacje o projektach planowanych  do realizacji w ramach obszaru D programu |

**UWAGA!**

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

**1. Opis projektu**

|  |
| --- |
| Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):  ....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... |
| Nazwa Projektodawcy:......................................................................................................................  Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy)*..........................................................................* NIP ............................... ; Nr identyfikacyjny PFRON .............................;  Czy projektodawca jest podatnikiem VAT tak nie  Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT ............................................................................... |
| Projektodawca jest podatnikiem 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):  .............................................................................................................................................................................................................................................................................. |
| Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: …  w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: … |
| Nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem:  ....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ....................................................................................................................................... .......................................................................................................................................  NIP ......................... Nr identyfikacyjny PFRON \* ........................  \*należy wypełnić jeżeli posiada |

2. Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu

|  |
| --- |
| w przypadku obszernego opisu – w załączeniu  Nazwa placówki służącej rehabilitacji / warsztatu terapii zajęciowej / gminy, która będzie korzystać z pojazdu: ….................................................................................................... ....................................................................................................................................... Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (dzień/ miesiąc/rok) .......................................................................................................................................  Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): .....................................................................................................................................  NIP....................\* Nr identyfikacyjny PFRON\* .....................  \*należy wypełnić jeżeli posiada  **Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu:**  .............................................................................................................................................................................................................................................................................. |

3. Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych

|  |
| --- |
| (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)  .............................................................................................................................................................................................................................................................................. |

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

|  |
| --- |
| (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)  .............................................................................................................................................................................................................................................................................. |

5. Harmonogram realizacji projektu

|  |
| --- |
| Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok): ................................  Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): ...................................................................... |

### 6. Wartość wskaźników bazowych

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. 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 | **Liczba mikrobusów** ......................................**,**  **w tym przystosowanych do przewozu  osób na wózkach** ..........................................  **Liczba autobusów** ........................................**,  w tym przystosowanych do przewozu osób  na wózkach** ................................................... | | |
| 1. 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 | **osoby niepełnosprawne** | | |
| **pełnoletnie** | **do 18 roku życia** | **łącznie** |
|  |  |  |
| **pełnoletnie  na wózkach** | **do18 roku życia  na wózkach** | **łącznie  na wózkach** |
|  |  |  |
| 1. 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 |  | | |
| 1. liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych / warsztatów terapii zajęciowej, których uczestnikom beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku  o dofinansowanie | **Placówki służące rehabilitacji** | | |
|  | | |
| **Warsztaty terapii zajęciowej** | | |
|  | | |

**7. 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. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: ...................................... zł  słownie złotych: ........................................................................................................ |

**8. Informacje dotyczące pomocy publicznej**

|  |
| --- |
| Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej 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 ; |

**9. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2D Wniosku**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono** | | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia*** *PCPR* ***)*** | |
| 1. | Wykaz pojazdów (wraz z ofertami cenowymi), których zakupu lub przystosowania dotyczy projekt zawierający rodzaj pojazdu, ilość miejsc do przewozu osób niepełnosprawnych, w tym miejsc przystosowanych do kotwiczenia wózków inwalidzkich wraz z informacja o dodatkowym wyposażeniu (winda, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu |  |  |  |  |

***Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2D Wniosku:***

*pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR*

*data, podpis:*

|  |
| --- |
| Część 2F WNIOSKU: Informacje o projektach planowanych  do realizacji w ramach obszaru F programu |

**UWAGA!**

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

1. **Przedmiot projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| Utworzenie warsztatu terapii zajęciowej |  |
| Remont lub modernizację warsztatu terapii zajęciowej |  |

**2. Opis projektu**

|  |
| --- |
| Nazwa projektu (nazwa zgodna z nazwą zapisaną w części 2 Wniosku):  ....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... |
| Nazwa Projektodawcy:......................................................................................................................  Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy)*..........................................................................* NIP ............................... ; Nr identyfikacyjny PFRON .............................;  Czy projektodawca jest podatnikiem VAT tak nie  Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT ............................................................................... |
| Projektodawca jest podatnikiem 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):  ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: …  w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: … |
| Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie WTZ / nazwa remontowanego lub modernizowanego WTZ:  ……………………………………………………………………………………………………………. ...................................................................................................................................... Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ................................................................................................................... .......................................................................................................................................  NIP........................ Nr identyfikacyjny PFRON\* ….....................  \*należy wypełnić jeżeli posiada |

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

|  |
| --- |
| (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)  ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

4. Harmonogram realizacji projektu

|  |
| --- |
| Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok): ................................  Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): ...................................................................... |

### 5. Wartość wskaźników bazowych

|  |  |
| --- | --- |
| 1. liczba warsztatów terapii zajęciowej na terenie powiatu (według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie), w których zidentyfikowano ryzyko likwidacji miejsc dla osób niepełnosprawnych ze względu na degradację infrastruktury warsztatu\* |  |
| 1. wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie |  |
| 1. wysokość środków przeznaczonych w planie realizatora programu na przeciwdziałanie degradacji infrastruktury istniejących warsztatów terapii zajęciowej, na rok wystąpienia realizatora programu o uczestnictwo w programie\* |  |

\* dotyczy projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej

**6. 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: ....................................................................................................... |

**7. Informacje dotyczące pomocy publicznej**

|  |
| --- |
| Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej 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 ; |

**8. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2F Wniosku**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono** | | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia*** *PCPR* ***)*** | |
| 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 - w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizację warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji WTZ |  |  |  |  |

***Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2F Wniosku:***

*pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON*

*data, podpis:*

#### Oświadczenia

**Oświadczam**, że podane w 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 wystąpienia.

**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.

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuję o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku

................................................... dnia .................................r.

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

*pieczątka imienna pieczątka imienna*

*podpisy osób upoważnionych do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych*

**Pouczenie:**

*W Wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać* ***„Nie dotyczy”****.*

*W przypadku, gdy w formularzu Wystąpienia 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.*