**Załącznik do części 2D Wniosku**

**Planowana wartość wskaźników ewaluacji programu (wkładu, produktu, rezultatu)
dla obszaru D – likwidacja barier transportowych**

***Nazwa placówki:*** *………………………………………..*

1. **wskaźniki wkładu:**

|  |
| --- |
| **1) wskaźniki wkładu:****a)** iloraz kwoty wkładu własnego deklarowanej przez beneficjenta projektu oraz kwoty rzeczywistego wkładu własnego beneficjenta- wartość wskaźnika: …. |
| **b)** iloraz planowanego kosztu projektu (planowanego kosztu zakupu pojazdu lub jegoprzystosowania do potrzeb osób niepełnosprawnych) oraz rzeczywistego kosztu projektu (kosztu zakupu pojazdu lub jego przystosowania do potrzeb osób niepełnosprawnych)- wartość wskaźnika: … |
| **c)** iloraz kosztu realizacji projektu (całkowitego kosztu zakupu pojazdu lub jegoprzystosowania do potrzeb osób niepełnosprawnych) oraz liczby osób niepełnosprawnych, których stałe potrzeby przewozowe zostały zaspokojone w wyniku realizacji projektu- wartość wskaźnika: ……….. |
| **d)** iloraz kwoty dofinansowania projektu ze środków PFRON przeznaczonych na realizacjęprogramu oraz liczby osób niepełnosprawnych, których potrzeby przewozowe zostały zaspokojone w wyniku realizacji projektu- wartość wskaźnika: ……….. |

1. **wskaźnik produktu**

|  |
| --- |
| **a)** ilość miejsc w pojeździe przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych- wartość wskaźnika: …. |
| **b)** ilość miejsc w pojeździe przystosowanych do przewozu osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich- wartość wskaźnika: … |

**3) wskaźniki rezultatu**

|  |
| --- |
| **a)** liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych, których uczestnikom **z**aspokojono potrzeby przewozowe w wyniku realizacji projektu- wartość wskaźnika: … |
| **b)** liczba osób niepełnosprawnych z wyodrębnieniem osób niepełnosprawnych na wózkachinwalidzkich, których stałe potrzeby przewozowe zostały zaspokojone w wyniku realizacji projektu- wartość wskaźnika: w tym …… osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich |
| **c)** liczba przewiezionych osób niepełnosprawnych pojazdem zakupionym bądźprzystosowanym do potrzeb osób niepełnosprawnych w wyniku realizacji projektu, w ciągu 6 miesięcy następujących po miesiącu zakończenia projektu- wartość wskaźnika:…… |
| **d)** liczba ogółem przejechanych kilometrów na rzecz osób niepełnosprawnych pojazdemzakupionym bądź przystosowanym do potrzeb osób niepełnosprawnych w wyniku realizacji projektu, w ciągu 6 miesięcy następujących po miesiącu zakończenia projektu- wartość wskaźnika: …….. |

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

 *miejscowość, data*

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

 *(pieczątka imienna) (pieczątka imienna)*

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