

Załącznik do Zasad udzielania
organizatorom zakładów aktywności zawodowej
pomocy finansowej ze środków PFRON będących
w dyspozycji Województwa Łódzkiego

.....
(pieczęć organizatora)

(Pieczęć RCPS w Łodzi)

Numer wniosku:

Data wpływu:

Wniosek kompletny złożono

w dniu

WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
kosztów utworzenia i działania zakładu aktywności zawodowej**

A. Podstawowe dane o organizatorze.

1. Nazwa i adres organizatora.

Pełna nazwa:			
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr posesji
Powiat	Gmina	e-mail	Nr telefonu/ Nr fax

2. Dane ewidencyjne organizatora.

Status prawny	Podstawa działania
Numer REGON	Numer identyfikacji podatkowej NIP

Nr identyfikacyjny PFRON – dotyczy płatników na rzecz PFRON	Numer rachunku bankowego

3. Dane osób upoważnionych do reprezentowania organizatora:

<i>(imię i nazwisko)</i>	<i>(imię i nazwisko)</i>	<i>(imię i nazwisko)</i>
<i>(podpis)</i>	<i>(podpis)</i>	<i>(podpis)</i>

4. Dane osób upoważnionych do udzielania informacji na temat zakładu aktywności zawodowej:

<i>(imię i nazwisko)</i>	<i>(telefon/fax/e-mail)</i>
<i>(imię i nazwisko)</i>	<i>(telefon/fax/e-mail)</i>

5. Syntetyczna charakterystyka działalności Organizatora *(cel i sposoby działania, teren działania, liczba członków, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych, inne informacje):*

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

6. Informacje o działalności Organizatora na rzecz osób niepełnosprawnych:

<p>Wnioskodawca prowadzi działalność rehabilitacyjną dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:</p> <p><input type="checkbox"/> lecniczej <input type="checkbox"/> społecznej <input type="checkbox"/> zawodowej</p>
<p>Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu) razem:</p> <p>z tego</p> <p style="padding-left: 100px;">do lat 18: powyżej lat 18:</p>

7. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON za okres 3 lat przed dniem złożenia wniosku:

Dysponent środków PFRON	Kwota przyznana	Cel	Stan rozliczenia
RAZEM			

B. Podstawowe informacje o zakładzie aktywności zawodowej.

1. Nazwa i adres zakładu.

Pełna nazwa:			
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr posesji
Powiat	Gmina	e-mail	Nr telefonu/ Nr fax

2. Tytuł prawny do obiektu lub lokalu przeznaczzonego na siedzibę zakładu.

<p>.....</p> <p>.....</p>

3. Opis planowanego przedsięwzięcia.

Rodzaj działalności zakładu
Syntetyczny opis działalności wytwórczej lub usługowej	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Zakres planowanej rehabilitacji zawodowej i społecznej

4. Zatrudnienie w zakładzie.

Zatrudnienie ogółem		Pracownicy niepełnosprawni		Personel zakładu		Stan zatrudnienia osób niepełnosprawnych do ogółu zatrudnionych	
						Ogółem	w tym osoby zaliczone do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną, w tym osób, w stosunku do których rada programowa, o której mowa w art. 10a ust. 4 ustawy, zajęła stanowisko uzasadniające podjęcie zatrudnienia i kontynuowanie rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej
osoby	etaty	osoby	etaty	osoby	etaty	osoby	osoby
1	2	3	4	5	6	7	8

5. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych.

Stanowisko	Wymiar etatu	Rodzaj proponowanej aktywności zawodowej	Stopień niepełnosprawności	Rodzaj niepełnosprawności

W przypadku konieczności możliwe jest dodanie wiersza/wierszy

6. Proponowana wysokość podstawowego wynagrodzenia osób niepełnosprawnych.

Stopień niepełnosprawności	Stanowisko	Wymiar etatu	Wysokość wynagrodzenia (w zł)	Wysokość wynagrodzenia wyrażona jako procentowy wskaźnik minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego w przepisach o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (w zł)

W przypadku konieczności możliwe jest dodanie wiersza/wierszy

7. Obsada etatowa zakładu z wyszczególnieniem liczby stanowisk i wymaganych kwalifikacji personelu zakładu.

Stanowisko	Wymiar etatu	Wymagane kwalifikacje	Wysokość wynagrodzenia (w zł)

W przypadku konieczności możliwe jest dodanie wiersza/wierszy

8. Koszty utworzenia zakładu aktywności zawodowej.

Rodzaje kosztów	Ogółem	Źródła finansowania	
		PFRON	Inne
1) przystosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych pomieszczeń produkcyjnych lub pomieszczeń służących świadczeniu usług oraz pomieszczeń socjalnych i przeznaczonych na rehabilitację.			
2) zakup sprzętu rehabilitacyjnego.			
3) wyposażenie pomieszczeń socjalnych i przeznaczonych na rehabilitację, pomieszczeń, w których jest prowadzona działalność wytwórcza lub usługowa, oraz przygotowanie stanowisk pracy, w tym zakup maszyn, narzędzi i urządzeń niezbędnych do prowadzenia produkcji lub świadczenia usług.			
4) zakup surowców i materiałów potrzebnych do rozpoczęcia działalności wytwórczej lub usługowej.			
5) zakup lub wynajem środków transportu.			
SUMA			

9. Koszty działalności zakładu aktywności zawodowej na okres do końca roku, w którym złożono wniosek, tj. na okres miesięcy.

a) koszty działania zakładu.

Rodzaje kosztów	Ogółem	Źródła finansowania	
		PFRON	Inne
1) wynagrodzenia osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, do wysokości 100% minimalnego wynagrodzenia pracowników, proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w umowie o pracę.			

2) wynagrodzenia personelu zakładu.			
3) dodatkowe wynagrodzenia roczne, odprawy emerytalne i pośmiertne oraz nagrody jubileuszowe.			
4) składki na ubezpieczenia społeczne należne od pracownika i pracodawcy, składki na ubezpieczenie zdrowotne od pracowników oraz składki na FGŚS i FP należne od pracodawcy, naliczone od kwot wynagrodzeń wymienionych w pkt. 1 -3.			
5) materiały, energia, usługi materialne i usługi niematerialne.			
6) transport i dowóz niepełnosprawnych pracowników zakładu.			
7) szkolenia osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności związane z przygotowaniem ich do pracy na otwartym rynku pracy lub z prowadzoną działalnością wytwórczą lub usługową zakładu.			
8) szkolenia personelu zakładu.			
9) odpisy na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych lub wypłaty świadczeń urlopowych, dokonywane na podstawie odrębnych przepisów.			
10) wymiana zamortyzowanych maszyn, urządzeń i wyposażenia niezbędnych do prowadzenia produkcji lub świadczenia usług.			
11) wymiana maszyn i urządzeń w związku ze zmianą profilu działalności zakładu lub z wprowadzeniem ulepszeń technicznych lub technologicznych.			
12) inne niezbędne do realizacji rehabilitacji, obsługi i prowadzenia działalności wytwórczej lub usługowej.			
SUMA			

b) koszty działalności wytwórczej lub usługowej zakładu realizowanej przez osoby niepełnosprawne zaliczone do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, finansowanych ze sprzedaży wyrobów lub usług.

Rodzaje kosztów	Ogółem
1) wynagrodzenia osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, obliczone na podstawie ustalonego w procesie negocjacji procentowego wskaźnika minimalnego wynagrodzenia.	
2) nagrody i premie dla osób niepełnosprawnych zaliczanych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, w wysokości do 30 % miesięcznego wynagrodzenia, o którym mowa w punkcie 1).	

3) składki na ubezpieczenia społeczne należne od pracownika i pracodawcy, składki na ubezpieczenie zdrowotne od pracowników oraz składki na FGŚS i FP należne od pracodawcy, naliczone od kwot wymienionych w pkt. 1) -2).	
4) materiały, energia, usługi materialne i usługi niematerialne, niezbędne do prowadzenia działalności wytwórczej lub usługowej.	
5) naprawy maszyn i urządzeń oraz konieczna wymiana części maszyn i urządzeń niezbędnych do prowadzenia produkcji lub świadczenia usług.	
SUMA	

10. Wnioskowana kwota dofinansowania z PFRON.

Koszty	Ogółem (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania z PFRON	
		w zł	% do ogółem
Utworzenia zakładu			
		Słownie złotych:	
Działania zakładu w okresie			
		Słownie złotych:	
Koszty przypadające na 1-go pracownika niepełnosprawnego w miesiącu			
		Słownie złotych:	

11. Proponowane formy zabezpieczenia umowy na dofinansowanie kosztów utworzenia i działania zakładu

- poniżej 500,00 zł:

- 1) Weksel in blanco wraz z deklaracją wekslową
- 2) Akt notarialny o dobrowolnym poddaniu się egzekucji w trybie art. 777 kodeksu postępowania cywilnego;

- powyżej 500,00 zł:

- 1) Akt notarialny o dobrowolnym poddaniu się egzekucji w trybie art. 777 kodeksu postępowania cywilnego;

12. Oświadczenia:

1. Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 k.k. oświadczam, że wszystkie informacje zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

(art. 297 § 1. Kto, w celu uzyskania dla siebie lub innej osoby kredytu, pożyczki bankowej, gwarancji kredytowej, dotacji, subwencji lub zamówienia publicznego, przedkłada fałszywe lub stwierdzające nieprawdę dokumenty albo nierzetelne, pisemne oświadczenia dotyczące okoliczności mających istotne znaczenie dla uzyskania takiego kredytu, pożyczki bankowej, gwarancji kredytowej, dotacji, subwencji lub zamówienia publicznego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 m-cy do lat 5.

§ 2 Tej samej karze podlega, kto wbrew ciężącemu na nim obowiązkowi nie powiadamia właściwego organu lub instytucji o powstaniu okoliczności mogących mieć wpływ na wstrzymanie lub ograniczenie wysokości kredytu, pożyczki bankowej, gwarancji kredytowej, dotacji, subwencji lub zamówienia publicznego,

§ 3 Nie podlega karze, kto dobrowolnie przed wszczęciem postępowania karnego zapobiegł wykorzystaniu kredytu, pożyczki bankowej, gwarancji kredytowej lub subwencji, zrezygnował z zamówienia publicznego lub dotacji, uzyskanych w sposób określony w § 1 lub § 2 albo zaspokoił roszczenia pokrzywdzonego)

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpisy osób upoważnionych do reprezentowania organizatora)

UWAGA:

1. We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”.
2. Kserokopie dokumentów powinny zostać potwierdzone przez organizatora za zgodność z oryginałem na każdej stronie.

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:

.....
(data i podpis pracownika RCPS w Łodzi)

Załączniki do wniosku:

L.p.	Nazwa załącznika	Nr załącznika	Załączono do wniosku (tak/nie)	Uzupełniono (tak/nie)	Data uzupełnienia
				Wypełnia RCPS w Łodzi	
1.	Aktualny dokument potwierdzający status prawny i podstawę działania organizatora, wydany nie wcześniej niż 3 miesiące przed terminem złożenia wniosku.				
2.	Statut organizatora.				
3.	Pełnomocnictwo, w przypadku gdy wniosek został podpisany przez osoby upoważnione do reprezentowania organizatora				
4.	Dokumenty poświadczające prowadzenie działalności na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych (listy intencyjne, opinie itp.)				
5.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu lub lokalu przeznaczonego na siedzibę zakładu.				
6.	Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON				
7.	Decyzja urzędu skarbowego o nadaniu numeru NIP				
8.	Plan działalności gospodarczej z uwzględnieniem jego rodzaju.				
9.	Zakres planowanej rehabilitacji zawodowej i społecznej niepełnosprawnych pracowników.				
10.	Szczegółowy kosztorys kosztów utworzenia zakładu, z uwzględnieniem podziału na poszczególne rodzaje kosztów, o których mowa w § 7 rozporządzenia, z kalkulacją lub innym uzasadnieniem przyjętych kosztów.				
11.	Szczegółowy kosztorys kosztów działania zakładu z podziałem na poszczególne rodzaje kosztów, o których mowa w § 8 rozporządzenia, z kalkulacją lub innym uzasadnieniem przyjętych kosztów.				
12.	Plan pomieszczeń zakładu z określeniem ich przeznaczenia i metrażu.				
13.	Projekt dostosowania obiektów i lokali do potrzeb prowadzonej produkcji w zakładzie z uwzględnieniem dostosowania do potrzeb i możliwości pracowników wynikających z ich niepełnosprawności.				
14.	Informacja dotycząca form zapewnienia pracownikom niepełnosprawnym opieki medycznej.				
15.	Projekt regulaminu zakładu.				
16.	Projekt regulaminu zakładowego funduszu aktywności.				
17.	Dokument potwierdzający posiadanie przez organizatora własnych lub innych środków finansowych aniżeli PFRON na dofinansowanie kosztów utworzenia i kosztów działania zakładu aktywności zawodowej				