**Załącznik do Zasad i trybu dofinansowania kosztów utworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej** *– uaktualniony zgodnie z rozporządzeniem Ministra Rodziny   
i Polityki Społecznej z dnia 20 października 2020r. zmieniającym rozporządzenie   
w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz.U. z 2020r., poz. 1921)*

.................................................. ……………………..……….…….……………

pieczęć Wnioskodawcy data złożenia wniosku

**WNIOSEK**

**O DOFINANSOWANIE KOSZTÓW UTWORZENIA I DZIAŁANIA**

**ZAKŁADU AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ**

# I. Dane Organizatora ubiegającego się o dofinansowanie

1. **Nazwa i adres Organizatora**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa Organizatora, siedziba: |  |
| Adres Organizatora  *(kod pocztowy, miejscowość ulica,*  *nr domu*) |  |
| Adres do korespondencji  (*jeżeli jest inny niż powyższy*) |  |
| Telefon/fax |  |
| E-mail |  |

1. **Status prawny i podstawa działania**

|  |  |
| --- | --- |
| Status prawny Wnioskodawcy  (podstawa działania) |  |
| Numer identyfikacji podatkowej (NIP) |  |
| Numer REGON |  |
| Numer rejestru sądowego |  |
| Nazwa i numer rachunku bankowego |  |

1. **Dane osobowe Organizatora lub osoby upoważnionej do podejmowania decyzji w jego imieniu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| imię i nazwisko |  | imię i nazwisko |  |
| pełniona funkcja |  | pełniona funkcja |  |
| tel. kontaktowy |  | tel. kontaktowy |  |
| adres mailowy |  | adres mailowy |  |

1. **Dane osób upoważnionych do składania wyjaśnień dotyczących wniosku**

|  |  |
| --- | --- |
| imię i nazwisko,  telefon, adres mailowy |  |

# II. Dane Zakładu Aktywności Zawodowej

1. **Planowany adres Zakładu Aktywności Zawodowej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Ulica | Nr posesji i lokalu |
|  |  |  |  |
| Gmina | Powiat | Nr telefonu / fax | E-mail |
| Dokument potwierdzający tytuł do obiektu lub lokalu przeznaczonego na zakład | |  | |

1. **Proponowana liczba niepełnosprawnych pracowników zakładu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stanowisko | Liczba osób | Liczba etatów | Wykształcenie | Stopień niepełnosprawności | Rodzaj niepełnosprawności |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Plan i rodzaj działalności wytwórczej lub usługowej, zakres planowanej rehabilitacji zawodowej   
   i społecznej niepełnosprawnych pracowników zakładu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj działalności zakładu:  (*zaznaczyć właściwe*) | zaz o charakterze wytwórczym | zaz o charakterze usługowym | zaz o charakterzewytwórczym i usługowym |
| Plan działalności wytwórczej/usługowej/ wytwórczej i usługowej |  | | |
| Zakres planowanej rehabilitacji zawodowej i społecznej |  | | |

1. **Proponowana wysokość miesięcznego wynagrodzenia niepełnosprawnych pracowników zakładu wyrażona jako procentowy wskaźnik minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego w przepisach o minimalnym wynagrodzeniu za pracę**

|  |  |
| --- | --- |
| dla pracowników zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności: |  |
| dla pracowników zaliczonych do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną: |  |

1. **Personel zakładu - proponowana obsada etatowa**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Stanowisko | Liczba osób | Liczba etatów | Wykształcenie, wymagane kwalifikacje | Proponowana wysokość miesięcznego wynagrodzenia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Preliminarz kosztów utworzenia zakładu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wyszczególnienie kosztów | Ogółem  (w zł) | z tego: | | |
| ze środków PFRON (w zł) | z innych źródeł  (w zł) | wymienić źródła finansowania inne niż PFRON |
| 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 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |

1. **Preliminarz kosztów działania zakładu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Nazwa kosztu | Koszty ze środków PFRON | Koszty z SODiR | Koszty z innych niż PFRON źródeł *(wymienić*  *z jakich)* | Ogółem |
| 1. | Wynagrodzenia osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, do wysokości 100% minimalnego wynagrodzenia, proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w umowie o pracę, stosownie do art. 15 ust. 2 ustawy, powiększone o dodatek za staż pracy, określony w przepisach o minimalnym wynagrodzeniu za pracę |  |  |  |  |
| 2. | Wynagrodzenia personelu zakładu |  |  |  |  |
| 3. | Dodatkowe wynagrodzenia roczne, odprawy emerytalne i pośmiertne oraz nagrody jubileuszowe |  |  |  |  |
| 4. | Należne od pracodawcy składki na ubezpieczenia społeczne, składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, naliczane od wynagrodzeń wymienionych w pkt 1 i 2 lub od dodatkowego wynagrodzenia rocznego wymienionego w pkt 3, oraz składki na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy naliczone od wynagrodzeń wymienionych w pkt 2 lub od dodatkowego wynagrodzenia rocznego wymienionego w pkt 3, wypłacanego osobom niezaliczonym do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności |  |  |  |  |
| 4a. | Wpłaty podstawowe oraz wpłaty dodatkowe do pracowniczych planów kapitałowych finansowanych, w rozumieniu ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1342), finansowane przez zakład |  |  |  |  |
| 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, z wprowadzeniem ulepszeń technicznych lub technologicznych |  |  |  |  |
| 12. | Inne niezbędne do realizacji rehabilitacji, obsługi i prowadzenia działalności wytwórczej lub usługowej |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |

# III. Załączniki wymagane do wniosku:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Załącznik** | **dołączono**  **do wniosku**  *(tak / nie /*  *nie dotyczy)* | **uzupełniono**  (*tak / nie , data)* |
| 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 przez osoby uprawnione |  |  |
| 4. | Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu lub lokalu przeznaczonego na siedzibę zakładu |  |  |
| 5. | Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON |  |  |
| 6. | Decyzja urzędu skarbowego o nadaniu numeru NIP |  |  |
| 7. | Plan pomieszczeń zakładu |  |  |
| 8. | Projekt dostosowania obiektów i lokali do potrzeb prowadzonej działalności wytwórczej lub usługowej w zakładzie oraz dostosowania do potrzeb i możliwości niepełnosprawnych pracowników zakładu wynikających z ich niepełnosprawności |  |  |
| 9 | Projekt regulaminu zakładu |  |  |
| 10 | Projekt regulaminu zakładowego funduszu aktywności |  |  |
| 11 | Roczny plan działalności gospodarczej zakładu |  |  |
| 12 | Uzasadnienie kosztów zawartych w Preliminarzu kosztów utworzenia zakładu, w tym szczegółowa specyfikacja planowanego do zakupu sprzętu, w tym rehabilitacyjnego |  |  |
| 13 | Uzasadnienie kosztów zawartych w Preliminarzu kosztów działania zakładu |  |  |
| 14 | Plan kont zakładu |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**IV. Oświadczenia :**

Oświadczam, że posiadam / nie posiadam\* zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam że w ciągu 3 lat przed złożeniem niniejszego wniosku byłem / nie byłem\* stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie (wnioskodawcy).

Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie odpowiedniej informacji związanej z treścią niniejszego wniosku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych.

\*niepotrzebne skreślić

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

*(data ) ( podpisy i pieczątki osób uprawnionych )*

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki**,** ewentualnie wpisać „.nie dotyczy”. W przypadku gdy w formularzu   
wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „w załączeniu” i odpowiedni numer załącznika.

Kserokopie dokumentów, powinny być czytelne i potwierdzone za zgodność z oryginałem na pierwszej lub ostatniej stronie przez Wnioskodawcę oraz opatrzone datą.

**Wzór *„Wniosku o dofinansowanie kosztów utworzenia i działania zakładu aktywności zawodowej*" sporządzono   
w oparciu o Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz.U. z 2012r., poz. 850 z późn.zm.)**