Załącznik nr 1 do *Zasad dofinansowania kosztów utworzenia, działania i kontroli zakładów aktywności zawodowej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będących   
w dyspozycji Województwa Opolskiego*

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

pieczęć Wnioskodawcy data złożenia wniosku

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych 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 Organizatora**

|  |  |
| --- | --- |
| Status prawny Wnioskodawcy  (podstawa działania) |  |
| Numer identyfikacji podatkowej (NIP) |  |
| Numer REGON |  |
| Numer rejestru sądowego |  |
| Nazwa i numer rachunku bankowego Organizatora |  |
| Czy Wnioskodawca należy do sektora finansów publicznych ? | TAK / NIE \* |
| Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT? | TAK / NIE \* |

**\*** niepotrzebne skreślić

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Imię i Nazwisko  pełniona funkcja  pieczątka imienna, podpis | Imię i Nazwisko  pełniona funkcja  pieczątka imienna, podpis | Imię i Nazwisko  pełniona funkcja  pieczątka imienna, podpis |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko,  telefon,  adres mailowy |  |

# Informacja o prowadzonej przez Organizatora działalności na rzecz osób niepełnosprawnych i prowadzenia rehabilitacji zawodowej lub społecznej osób niepełnosprawnych przynajmniej przez dwa lata przed dniem złożeniem wniosku (należy podać szczegółowy opis, w tym: od kiedy prowadzona jest działalność na rzecz osób niepełnosprawnych, w jakiej formie jest prowadzona, zakres terytorialny prowadzonej działalności)

|  |
| --- |
|  |

1. **Informacja o korzystaniu przez Organizatora ze środków PFRON** **oraz o stanie ich rozliczenia** (dotyczy 3 lata przed dniem złożenia wniosku)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer i data  zawartej umowy | Przyznana kwota | Cel | Termin przyznania | Stan i termin rozliczenia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Razem: |  | Razem kwota rozliczona: | |  |

# 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. **Planowana liczba niepełnosprawnych pracowników Zakładu**

|  |  |
| --- | --- |
| Planowana liczba osób niepełnosprawnych:  *w tym:* |  |
| liczba osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności: |  |
| liczba osób niepełnosprawnych zaliczonych 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, zajęła stanowisko uzasadniające podjęcie zatrudnienia  i kontynuowanie rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej: |  |
| liczba osób planowanych do zatrudnienia osób niepełnosprawnych, opuszczających Warsztaty Terapii Zajęciowej: |  |
| liczba osób planowanych do zatrudnienia ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności zarejestrowanych w powiatowym urzędzie pracy: |  |
| Planowany zasięg terenu, z którego będą zatrudnione osoby niepełnosprawne:  (należy wymienić powiaty województwa opolskiego) |  |

1. **Proponowana wysokość miesięcznego wynagrodzenia niepełnosprawnych pracowników zaliczonych znacznego i umiarkowanego stopnia niepełnosprawności**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Stanowisko | Stopień niepełnosprawności | Rodzaj niepełnosprawności | Proponowana wysokość miesięcznego wynagrodzenia niepełnosprawnych pracowników, wyrażona jako procentowy wskaźnik minimalnego wynagrodzenia  za pracę |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Personel Zakładu - proponowana obsada etatowa Zakładu, z wyszczególnieniem liczby stanowisk   
   i wymaganych kwalifikacji pracowników, w tym wchodzących w skład personelu kierowniczego, administracyjnego, rehabilitacyjnego i obsługowego**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Stanowisko | Liczba osób | Wymiar etatu | Wykształcenie, wymagane kwalifikacje | Proponowana wysokość miesięcznego wynagrodzenia  brutto |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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. **Preliminarz kosztów utworzenia Zakładu w roku …………………**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. **Uzasadnienie planowanych do poniesienia kosztów na utworzenie Zakładu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Wyszczególnienie kosztów | Opis i uzasadnienie planowanych wydatków |
|
| 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 |  |

1. **Propozycje prawnych zabezpieczeń w przypadku roszczeń finansowych Województwa Opolskiego, wynikające z „Zasady i tryb dofinansowania kosztów utworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będących   
   w dyspozycji Województwa Opolskiego”**

|  |
| --- |
|  |

1. **Planowany termin rozpoczęcia działalności Zakładu**

|  |
| --- |
| ………………………………………….  *(dzień-miesiąc-rok)* |

1. **Informacja o kosztach działania Zakładu w ………………… roku**

w okresie od ……………………... *(dzień-miesiąc-rok)* do ……………………….. *(dzień-miesiąc-rok)*przy zatrudnieniu …... pracowników ze znacznym lub z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności

Informacja dotycząca źródeł finansowania:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wyszczególnienie kosztów | Przewidywane koszty działania Zakładu | % ogólnych kosztów działania Zakładu | Kalkulacja/Uzasadnienie przyjętych kosztów |
| 1. | Koszty ze środków PFRON (wg algorytmu) |  | …… % |  |
| 2. | Koszty ze środków PFRON w ramach SODiR |  |  |  |
| 3. | Koszty ze środków PFRON: ……………………………....  *(wymienić jakie)* |  |  |  |
| 3. | Koszty z innych niż PFRON źródeł: ……………………………....  *(wymienić jakie)* |  | ….. % |  |
|  | **Razem całkowite koszty działania** |  | 1. **%** |  |

Informacja dotycząca planowanych kosztów działania Zakładu z podziałem na poszczególne rodzaje kosztówwymienionych w § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1934 z późn. zm.):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wyszczególnienie kosztów | Koszty działania Zakładu  ze środków PFRON  (wg algorytmu) | Całkowite koszty działania  Zakładu | Kalkulacja/Uzasadnienie przyjętych kosztów |
| 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, rentowe 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 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 |  |  |
| 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 (odpis z KW, wypis z rejestru gruntów, umowa cywilnoprawna itp.) |  |  |
| 5. | Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON |  |  |
| 6. | Decyzja urzędu skarbowego o nadaniu numeru NIP |  |  |
| 7. | Zaświadczenie o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec ZUS(wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) |  |  |
| 8. | Zaświadczenie o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec Urzędu Skarbowego (wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) |  |  |
| 9. | Udokumentowanie posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych niż PFRON źródeł w wysokości nieobjętej dofinansowaniem |  |  |
| 10. | Udokumentowanie posiadania majątku, który może stanowić zabezpieczenie kwoty udzielonego dofinansowania |  |  |
| 11. | Zaświadczenie z banku o posiadaniu rachunku bankowego wraz z podaniem informacji o ewentualnych obciążeniach |  |  |
| 12. | Oświadczenie Wnioskodawcy wskazujące, czy posiada prawo do odliczania podatku VAT w związku z realizowanym przedsięwzięciem.  W przypadku braku prawa do odliczania podatku VAT – należy wskazać podstawę prawną |  |  |
| 13. | W przypadku, gdy niezbędne jest wykonanie prac budowlanych związanych z dostosowaniem pomieszczeń dla potrzeb osób niepełnosprawnych (w przypadkach tego wymagających): pozwolenie na budowę lub zgłoszenie przewidziane przepisami prawa budowlanego wraz z niezbędną dokumentacją |  |  |
| 14 | Projekt t budowlany wraz z planem pomieszczeń Zakładu i opisem przeznaczenia obiektów i lokali, z uwzględnieniem ich dostosowania do potrzeb i możliwości pracowników oraz rodzajów niepełnosprawności, dokumentacja zdjęciowa |  |  |
| 15 | Kosztorys inwestorski |  |  |
| 16 | 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 |  |  |
| 17 | Projekt statutu Zakładu |  |  |
| 18 | Projekt regulaminu Zakładu |  |  |
| 19. | Projekt regulaminu zakładowego funduszu aktywności |  |  |
| 20. | Roczny plan działalności gospodarczej Zakładu zawierający  w szczególności: określenie rodzaju działalności dostosowanej do możliwości osób niepełnosprawnych , plan sprzedaży wyrobów i usług, plan ekonomiczny działalności gospodarczej |  |  |
| 21. | Szczegółowe uzasadnienie kosztów zawartych w Preliminarzu kosztów utworzenia Zakładu, w tym szczegółowa specyfikacja planowanego do zakupu sprzętu, w tym rehabilitacyjnego |  |  |
| 22. | Plan kont Zakładu |  |  |
| 23. | Inne dokumenty:  ………………………………… |  |  |

**IV. Oświadczenia :**

Oświadczam, że znane mi są przepisy rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1934 z późn. zm) oraz zapisy „Zasad i trybu dofinansowania kosztów utworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będących w dyspozycji Województwa Opolskiego” obowiązujące na podstawie aktualnej uchwały Zarządu Województwa Opolskiego.

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.

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

*(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 (ze zm.)**

|  |
| --- |
| Wniosek spełnia wymogi formalne / nie spełnia wymogów formalnych \*  ………………………………………..……………..  (data, podpis pracownika Departamentu ) |

\*niepotrzebne skreślić