Załącznik nr 5 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 zwiększenie zatrudnienia w Zakładzie Aktywności Zawodowej**

**w ………………..…… (nazwa ZAZ)**

**w ………………roku**

# I. Dane Organizatora

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. **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** |  |

# II. Dane Zakładu Aktywności Zawodowej

1. **Liczba dotychczasowych oraz planowanych do zatrudnienia niepełnosprawnych pracowników Zakładu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba osób niepełnosprawnych** | **Stan zatrudnienia  na dzień składania wniosku** | **Stan po zwiększeniu zatrudnienia** |
| **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** |  |  |
| **RAZEM** |  |  |

1. **Proponowana wysokość miesięcznego wynagrodzenia dla planowanych do zatrudnienia niepełnosprawnych pracowników zaliczonych do 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 – (w przypadku potrzeby zwiększenia zatrudnienia personelu) proponowana obsada nowych etatów Zakładu, z wyszczególnieniem liczby stanowisk i wymaganych kwalifikacji pracowników i wynagrodzenia**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personel** | **Stan zatrudnienia  na dzień składania wniosku** | **Stan po zwiększeniu zatrudnienia** |
| **Liczba osób** |  |  |

1. **Informacja o kosztach działania i źródłach finansowania Zakładu przy zwiększeniu zatrudnienia:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)* |  |  |  |
| 4. | Koszty z innych niż PFRON źródeł: ……………………………....  *(wymienić jakie)* |  | ….. % |  |
|  | **Razem całkowite koszty działania** |  | 1. **%** |  |

1. **Informacja dotycząca planowanych kosztów działania Zakładu z podziałem na poszczególne rodzaje kosztów wymienionych 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.) przy zwiększonym zatrudnieniu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wyszczególnienie kosztów** | **Koszty działania Zakładu**  **ze środków PFRON**  **(wg algorytmu)** | **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** |  |  |

1. **Uzasadnienie zwiększenia zatrudnienia**

|  |
| --- |
|  |

# Załączniki wymagane do wniosku:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Załącznik** | **Dołączono**  **do wniosku**  ***(tak / nie)*** | **Uzupełniono**  **(*tak / nie, data)*** |
| 1. | W przypadku planowanego zwiększenia zatrudnienia w Zakładzie  od 6 osób niepełnosprawnych lub więcej:  pisemne oświadczenie potwierdzające przystosowanie nowych stanowisk pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych |  |  |

**III. Oświadczenia:**

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

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.

|  |
| --- |
| **Wniosek spełnia wymogi formalne / nie spełnia wymogów formalnych**\*  ………………………………………..……………..  *(data, podpis pracownika ROPS )*  **Opinia Dyrektora ROPS: pozytywna / negatywna**\*  ………………………………………..……………..  *(data, podpis Dyrektora ROPS)* |

\*niepotrzebne skreślić