

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	

#### 2. Dane osobowe Organizatora lub osoby upoważnionej do podejmowania decyzji w jego imieniu

Imię i Nazwisko pełniona funkcja pieczęćka imienna, podpis	Imię i Nazwisko pełniona funkcja pieczęćka imienna, podpis	Imię i Nazwisko pełniona funkcja pieczęćka imienna, podpis

#### 3. 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		
<b>RAZEM</b>		

### 2. 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

3. 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		

4. 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)		..... %	
	<b>Razem całkowite koszty działania</b>		<b>100 %</b>	

**5. 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		
<b>Razem</b>			

#### 6. Uzasadnienie zwiększenia zatrudnienia

### 7. 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 pieczętki 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