

.....
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	

2. 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

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

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

4. Dane osób upoważnionych do składania wyjaśnień dotyczących wniosku

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

5. 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)

--

6. Informacja o korzystaniu przez Organizatora ze środków PFRON oraz o stanie ich rozliczenia (dotyczy 3 lat 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 przeznaczonych na zakład			

2. Planowana liczba niepełnosprawnych pracowników Zakładu

Planowana liczba osób niepełnosprawnych: <i>w tym:</i>	
liczba osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności:	
liczba osób niepełnosprawnych zaliczonych 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, zajęła stanowisko uzasadniające podjęcie zatrudnienia i kontynuowanie rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej:	
liczba osób planowanych do zatrudnienia ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności 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)	

3. Proponowana wysokość miesięcznego wynagrodzenia 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

4. 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

5. 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 <input type="checkbox"/>	ZAZ o charakterze usługowym <input type="checkbox"/>	ZAZ o charakterze wytwórczym i usługowym <input type="checkbox"/>
Plan działalności wytwórczej/usługowej/ wytwórczej i usługowej			
Zakres planowanej rehabilitacji zawodowej i społecznej			

6. 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				

7. 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	

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

- 9. Planowany termin rozpoczęcia działalności Zakładu**

.....
(dzień-miesiąc-rok)

10. 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		100%	

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.):

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 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 „Zasady dofinansowania kosztów utworzenia, działania i kontroli 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 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.

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