

.....
(pieczętka organizatora)

Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi
91-302 Łódź, ul. Sycerska 8
tel. (0-42) 203 48 00 fax. (0-42) 203 48 17

Wniosek na opracowany na podstawie:

1. Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2008 r. Nr 14, poz.92, ze zm.)
2. Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2007 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz.U. z 2007 r. Nr 242, poz. 1776),
3. Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 13maja 2003 r. w sprawie algorytmu przekazywania środków PFRON samorządom wojewódzkim i powiatowym (Dz.U. z 2003 r. Nr 88, poz. 808 ze zm.)

Numer wniosku:

Data wpływu:

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kosztów utworzenia i działania zakładu aktywności zawodowej

A Podstawowe dane o organizatorze

1. Nazwa i adres organizatora.

Pełna nazwa:				
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Nr telefonu/ Nr fax

2. Dane ewidencyjne organizatora.

Status prawny/podstawa działania	
Nr identyfikacyjny PFRON – dotyczy płatników na rzecz PFRON	
Numer REGON	Numer identyfikacji podatkowej NIP

Numer konta bankowego:

Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:

Majątek Wnioskodawcy:

Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy (cel działania, teren działania, liczba członków, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych, inne informacje):

3. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON za okres 3 lat przed dniem złożenia wniosku:

Dysponent środków PFRON	Kwota przyznana	Cel	Stan rozliczenia
RAZEM			

4. Informacje o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych:

Wnioskodawca prowadzi działalność rehabilitacyjną dla osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:		
<input type="checkbox"/> lecniczej	<input type="checkbox"/> społecznej	<input type="checkbox"/> zawodowej
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu) razem:		
z tego		
do lat 18:		powyżej lat 18:

5. Dane osób upoważnionych do reprezentowania organizatora:

(imienna pieczęć, podpis)	(imienna pieczęć, podpis)	(imienna pieczęć, podpis)

B Podstawowe informacje o zakładzie aktywności zawodowej.

1. Opis planowanego przedsięwzięcia

Adres zakładu aktywności zawodowej									
Zatrudnienie ogółem		Pracownicy niepełnosprawni		Pracownicy pełnosprawni		% udział zatrudnienia osób niepełnosprawnych do ogółu zatrudnionych			
						ogółem		w tym osoby z umiarkowanym stopniem niepełnospr.	
osoby	etaty	osoby	etaty	osoby	etaty	etaty	osoby	etaty	osoby
Stopień i rodzaj niepełnosprawności osób proponowanych do zatrudnienia									
Syntetyczny opis działalności gospodarczej									
Zakres planowanej rehabilitacji zawodowej i społecznej									
Proponowane wynagrodzenie podstawowe osób niepełnosprawnych (wyrażone jako % minimalnego wynagrodzenia)									

2. Preliminarz kosztów utworzenia zakładu

Rodzaje kosztów	Ogółem	Źródła finansowania	
		PFRON	Inne
1) przystosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych pomieszczeń produkcyjnych lub pomieszczeń służących świadczeniu usług oraz pomieszczeń socjalnych przeznaczonych na rehabilitację			
2) zakup urządzeń i sprzętu rehabilitacyjnego			
3) wyposażenie ()			
a) pomieszczeń socjalnych i przeznaczonych na rehabilitację			
b) pomieszczeń produkcyjnych lub pomieszczeń służących świadczeniu usług			
c) przygotowania 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 gospodarczej			
5) zakup lub wynajem środków transportu			
SUMA			

3. Preliminarz kosztów działalności na okres do końca roku kalendarzowego, tj. za okres

a) koszty działalności obsługowo-rehabilitacyjnej zakładu

Rodzaje kosztów	Ogółem	Źródła finansowania	
		PFRON	Inne
1) wynagrodzenia osób zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, do wysokości 100% minimalnego wynagrodzenia pracowników, proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w umowie,			
2) wynagrodzenia pracowników zatrudnionych przy działalności obsługowo- rehabilitacyjnej,			
3) dodatkowe wynagrodzenia roczne, odprawy emerytalne i pośmiertne oraz nagrody jubileuszowe,			
4) składki należne od pracownika i pracodawcy na ubezpieczenie społeczne i ubezpieczenie zdrowotne od pracowników, naliczone od kwot wynagrodzeń wymienionych w pkt. 1 i 2,			
5) materiały, energia, usługi materialne i usługi niematerialne,			
6) transport i dowóz osób niepełnosprawnych,			
7) szkolenia osób niepełnosprawnych związanych z przygotowaniem ich do pracy na otwartym rynku pracy lub z prowadzoną działalnością gospodarczą zakładu,			
8) odpisy na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych lub wypłaty świadczeń urlopowych, dokonywane na podstawie odrębnych przepisów,			
9) wymiana zamortyzowanych maszyn, urządzeń i wyposażenia niezbędnych do prowadzenia produkcji lub świadczenia usług,			
10) wymiana maszyn i urządzeń w związku ze zmianą profilu działalności zakładu,			
11) inne niezbędne do realizacji rehabilitacji, obsługi i prowadzenia działalności gospodarczej.			
SUMA			

b) koszty działalności gospodarczej zakładu realizowanej przez osoby ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, finansowanych ze sprzedaży wyrobów i usług

Rodzaje kosztów	Ogółem
1) wynagrodzenia osób niepełnosprawnych za wykonaną pracę, obliczone na podstawie ustalonego w procedurze przyznawania statusu zakładu wskaźnika podstawowego wynagrodzenia,	
2) nagrody i premie dla osób niepełnosprawnych zaliczanych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, w wysokości do 30 % ich podstawowego wynagrodzenia	
3) materiały, energia, usługi materialne i usługi niematerialne, niezbędne do prowadzenia działalności gospodarczej	
4) naprawy maszyn i urządzeń oraz koniecznej wymiany części, wynikającej z prawidłowej eksploatacji maszyn i urządzeń, niezbędnych do prowadzenia produkcji lub świadczenia usług	
SUMA	

4. Wnioskowana kwota dofinansowania z PFRON

Koszty	Ogółem (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania z PFRON	
		w zł	% do ogółem
Utworzenia zakładu			
		Słownie złotych:	
Działalności obsługowo-rehabilitacyjnej w okresie			
		Słownie złotych:	
Koszty przypadające na 1-go pracownika niepełnosprawnego w miesiącu			
		Słownie złotych:	

5. Proponowane formy zabezpieczenia umowy, w części dot. utworzenia zakładu:

- 1) hipoteka;
- 2) ubezpieczenie umowy,
- 3) poręczenie wekslowe,
- 4) poręczenie według prawa cywilnego,
- 5) zastaw na prawach lub na rzeczach,
- 6) gwarancja bankowa zapłaty należności,
- 7) weksel in blanco wraz z innym rodzajem zabezpieczenia, określonym w pkt 1 -6.

6. Inne informacje uzupełniające wniosek

.....

.....

.....

.....

.....

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 k.k. oświadczam, że informacje zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

(art. 297 § 1. Kto, w celu uzyskania dla siebie lub innej osoby kredytu, pożyczki bankowej, gwarancji kredytowej, dotacji, subwencji lub zamówienia publicznego, przedkłada fałszywe lub stwierdzające nieprawdę dokumenty albo nierzetelne, pisemne oświadczenia dotyczące okoliczności mających istotne znaczenie dla uzyskania takiego kredytu, pożyczki bankowej, gwarancji kredytowej, dotacji, subwencji lub zamówienia publicznego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 m-cy do lat 5.

§ 2 Tej samej karze podlega, kto wbrew ciążącemu na nim obowiązkowi nie powiadamia właściwego organu lub instytucji o powstaniu okoliczności mogących mieć wpływ na wstrzymanie lub ograniczenie wysokości kredytu, pożyczki bankowej, gwarancji kredytowej, dotacji, subwencji lub zamówienia publicznego,

§ 3 Nie podlega karze, kto dobrowolnie przed wszczęciem postępowania karnego zapobiegł wykorzystaniu kredytu, pożyczki bankowej, gwarancji kredytowej lub subwencji, zrezygnował z zamówienia publicznego lub dotacji, uzyskanych w sposób określony w § 1 lub § 2 albo zaspokoił roszczenia pokrzywdzonego)

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis organizatora)

.....
(podpis organizatora)

Załączniki do wniosku:

Lp	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku (tak/nie)	Uzupełniono (tak/nie)	Data uzupełnienia
			Wypełnia RCPS w Łodzi	
1.	Aktualny dokument potwierdzający status prawny i podstawę działania organizatora			
2.	Statut organizatora			
3.	Udokumentowanie prowadzenia działalności na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych (listy intencyjne, opinie itp.)			
4.	Bilans, rachunek zysków i strat, ew. inne dokumenty informujące o ekonomicznej sytuacji organizatora.			
5.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu lub lokalu przeznaczzonego na zakład			
6.	Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON			
7.	Decyzja urzędu skarbowego o nadaniu numeru NIP			
8.	Zaświadczenie z ZUS o braku zaległości w opłacaniu składek na ubezpieczenie społeczne			
9.	Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o braku zaległości w podatkach.			
10.	Lista niepełnosprawnych kandydatów do pracy z określeniem: 1) stopnia i rodzaju ich niepełnosprawności oraz załączoną kopią orzeczenia o stopniu niepełnosprawności potwierdzającą wskazania do pracy w zakładzie aktywności zawodowej, 2) proponowanego rodzaju pracy, 3) wymiaru czasu pracy			
11.	Plan działalności gospodarczej z uwzględnieniem jego rodzaju.			
12.	Zakres planowanej rehabilitacji społecznej i zawodowej niepełnosprawnych pracowników.			
13.	Wykaz obsady etatowej zakładu z wyszczególnieniem liczby stanowisk i wymaganych kwalifikacji pracowników zatrudnionych w działalności obsługowo-rehabilitacyjnej			
14.	Szczegółowy kosztorys utworzenia zakładu, z uwzględnieniem podziału na poszczególne rodzaje kosztów, o których mowa w zał. Nr 2 do Zasad ..., z kalkulacją lub innym uzasadnieniem ich poziomu			
15.	Szczegółowy kosztorys działalności obsługowo-rehabilitacyjnej, z podziałem na rodzaje kosztów wymienionych w zał. 2 do Zasad z kalkulacją lub innym uzasadnieniem ich poziomu na okres do końca roku kalendarzowego			
16.	Plan pomieszczeń zakładu z określeniem ich przeznaczenia i metrażu			
17.	Projekt dostosowania obiektów i lokali do potrzeb prowadzonej produkcji w zakładzie z uwzględnieniem dostosowania do potrzeb i możliwości pracowników wynikających z ich niepełnosprawności.			
18.	Informacja dotycząca form zapewnienia pracownikom niepełnosprawnym opieki medycznej			
19.	Projekt regulaminu zakładu			
20.	Projekt regulaminu zakładowego funduszu aktywności			
21.	Udokumentowanie posiadania własnych lub innych środków finansowych aniżeli PFRON na dofinansowanie kosztów utworzenia i kosztów działalności zakładu aktywności zawodowej			
22.	Inne			
23.	Zestawienie załączników			

Dokumenty powinny zostać potwierdzone przez organizatora za zgodność z oryginałem.