

(pieczęć Organizatora)

(WZÓR)

Załącznik do uchwały Nr 21/988 /18  
Zarządu Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego z dnia 30 maja 2018 r.

Wniosek złożono  
w dniu.....  
nr sprawy.....

(pieczęć Urzędu)

Wniosek kompletny przyjęto  
w dniu.....

**W N I O S E K**

**o dofinansowanie kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej  
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
w ramach zadań Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego**

**1. Nazwa i adres organizatora**

Pełna nazwa:..... .....				
		-		
poczta	kod pocztowy		miejsowość	ulica
				nr posesji
powiat	gmina	e-mail		nr tel.
				nr fax.
Nr identyfikacyjny NIP			REGON	
Status prawny			Podstawa działania	
Nazwa banku			Nr konta bankowego	
Czy organizator jest podatnikiem VAT podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT .....			tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Czy organizator jest przedsiębiorcą i prowadzi działalność gospodarczą w myśl ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r. poz. 646)			tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>

Czy organizator należy do sektora finansów publicznych	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Nr identyfikacyjny PFRON:		
Czy organizator jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy organizator zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku	(zł)	

**2. Adres i tytuł prawny do obiektu lub lokalu przeznaczonych na zakład**

		-						
poczta	kod pocztowy		miejsowość		ulica		nr posesji	
powiat	gmina		e-mail		nr tel.		nr fax.	
Tytuł prawny do obiektu lub lokalu przeznaczonych na zakład								
.....								
.....								

**3. Proponowana liczba niepełnosprawnych pracowników zakładu wraz z określeniem stopnia i rodzaju ich niepełnosprawności**

Zatrudnienie osób niepełnosprawnych zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511)	Liczba osób niepełnosprawnych:.....
w tym:  według określenia stopnia i rodzaju ich niepełnosprawności	1)..... 2)..... 3)..... 4)..... 5)..... 6).....

**4. Plan i rodzaj działalności wytwórczej lub usługowej oraz zakres planowanej rehabilitacji zawodowej i społecznej**

Działalność wytwórcza	tak: <input type="checkbox"/> nie: <input type="checkbox"/>
Działalność usługowa	tak: <input type="checkbox"/> nie: <input type="checkbox"/>
Rodzaj działalności	1)..... 2)..... 3)..... 4)..... 5)..... 6).....
Personel zakładu	osoby:.....      etaty:.....

**5. Proponowana wysokość wynagrodzenia osób niepełnosprawnych, wyrażona jako procentowy wskaźnik minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego w przepisach o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, zaliczonych do**

a)	znacznego stopnia niepełnosprawności .....
b)	umiarkowanego stopnia niepełnosprawności , u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną .....

**6. Koszty utworzenia i działania zakładu**

1) Całkowity koszt utworzenia zakładu: .....(zł)	
kwota słownie: .....	
w tym udział środków finansowych:	
a) PFRON	..... zł      co stanowi ..... %
b) Organizator	..... zł      co stanowi ..... %
<b>w tym:</b>	

koszt adaptacji pomieszczeń: .....(zł)
kwota słownie: .....(zł)
z tego:
a) wnioskowana kwota ze środków PFRON: .....(zł)
kwota słownie: .....(zł)
b) własne środki Organizatora.....(zł)
kwota słownie: .....(zł)
koszt zakupu sprzętu rehabilitacyjnego: .....(zł)
kwota słownie: .....(zł)
z tego:
a) wnioskowana kwota ze środków PFRON.....(zł)
kwota słownie: .....(zł)
b) własne środki Organizatora.....(zł)
kwota słownie: .....(zł)
koszt zakupu wyposażenia pomieszczeń: .....(zł)
kwota słownie: .....(zł)
z tego:
a) wnioskowana kwota ze środków PFRON.....(zł)
kwota słownie: .....(zł)
b) własne środki Organizatora.....(zł)
kwota słownie: .....(zł)
koszt zakupu surowców, materiałów i narzędzi potrzebnych do uruchomienia działalności wytwórczej lub usługowej:.....(zł)
kwota słownie: .....(zł)
z tego:
a) wnioskowana kwota ze środków PFRON.....(zł)
kwota słownie: .....(zł)
b) własne środki Organizatora.....(zł)
kwota słownie: .....(zł)

koszt zakupu środków transportu:.....(zł)	
kwota słownie: .....(zł)	
z tego:	
a) wnioskowana kwota ze środków PFRON.....(zł)	
kwota słownie: .....(zł)	
b) własne środki Organizatora.....(zł)	
kwota słownie: .....(zł)	
<hr/>	
2) Całkowity koszt działania (na okres..... m-cy, roku.....): .....(zł)	
kwota słownie: .....	
w tym udział środków finansowych:	
a) PFRON.....(zł) co stanowi ..... %	
kwota słownie: .....(zł)	
b) Organizator.....(zł) co stanowi .....%	
kwota słownie: .....(zł)	
<hr/>	
3) Łączny koszt utworzenia i działania zakładu (pkt 1 + pkt 2): .....(zł)	
kwota słownie: .....(zł)	
w tym:	
a) wnioskowana kwota ze środków PFRON.....(zł)	
kwota słownie: .....(zł)	
b) własne środki Organizatora.....(zł)	
kwota słownie: .....(zł)	

## 7. Osoba upoważniona do kontaktu w sprawie złożonego wniosku

imię i nazwisko:.....

nazwa jednostki.....

stanowisko.....

numer telefonu.....nr faks.....e-mail.....

## 8. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

l.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono	Data
			tak/nie	uzupełnienia
			<i>(wypełnia pracownik Urzędu Marszałkowskiego)</i>	
1.	statut organizatora			
2.	odpis z rejestru sądowego lub inny dokument potwierdzający osobowość prawną i podstawę działania organizatora			
3.	dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu lub lokalu przeznaczonego na zakład			
4.	plan i rodzaj działalności wytwórczej lub usługowej			
5.	zakres planowanej rehabilitacji zawodowej i społecznej niepełnosprawnych pracowników zakładu			
6.	proponowana obsada etatowa zakładu, z wyszczególnieniem liczby etatów oraz stanowisk i wymaganych kwalifikacji pracowników wchodzących w skład personelu kierowniczego, administracyjnego, rehabilitacyjnego i obsługowego			
7.	preliminarz kosztów utworzenia zakładu, z uwzględnieniem podziału na poszczególne rodzaje kosztów, o których mowa w § 7 rozporządzenia MPiPS z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz. U. poz. 850), z kalkulacją lub innym uzasadnieniem przyjętych kosztów			
8.	preliminarz kosztów działania zakładu, z podziałem na poszczególne rodzaje kosztów, o których mowa w § 8 rozporządzenia MPiPS z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz. U. poz. 850), z kalkulacją lub innym uzasadnieniem przyjętych kosztów			
9.	plan pomieszczeń zakładu oraz projekt dostosowania obiektów i lokali do potrzeb prowadzonej działalności wytwórczej lub usługowej w zakładzie oraz ich dostosowania do potrzeb i możliwości niepełnosprawnych pracowników zakładu wynikających z ich niepełnosprawności			
10.	projekt regulaminu zakładu oraz regulaminu zakładowego funduszu aktywności			
11.	oświadczenie wskazujące, czy organizator jest podatnikiem podatku VAT i czy w związku z tym posiada prawo do odliczenia podatku VAT naliczonego (podanie podstawy prawnej zwolnienia z podatku VAT)			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów  
wymienionych we wniosku

.....  
( data i podpis pracownika Urzędu Marszałkowskiego)

## 9 . Oświadczenia

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 kodeksu karnego oświadczam, że dane zawarte we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922, z późn. zm.)

Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji Zarządu Województwa Kujawsko - Pomorskiego przyznającej środki PFRON na podstawie niniejszego wniosku.

.....  
*data, podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentacji Organizatora i zaciągania zobowiązań finansowych*

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 - załącznik nr .....**” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone i ponumerowane w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.