UCHWAŁA NR 635/54/15
ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO
z dnia 30 czerwca 2015 roku

w sprawie określenia wzoru wniosku o dofinansowanie kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Na podstawie: § 41 ust. 1 ustawy o samorządzie województwa z dnia 05 czerwca 1998r. (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 596 z późn. zm.)[1], art. 35 ust. 1 pkt. 6 z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2011r. poz. 721)[2] oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2007 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz. U. 2012r. poz. 850), uchwala się co następuje:

§ 1. Ustala się wzór wniosku o dofinansowanie kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stanowiący załącznik niniejszej uchwały.

§ 2. Traci moc Uchwała nr 667/129/08 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 01 lipca 2008r. w sprawie określenia wzoru wniosku o dofinansowanie kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

MARSZAŁEK WOJEWÓDZTWA

Mieczysław Struk

[1] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w: Dz. U. z 2013r. poz. 645, Dz. U. z 2014r. poz. 379 i poz. 1072.

[2] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w: Dz. U. z 2011r. Nr 171, poz. 1016, Nr 209, poz. 1243 i 1244, Nr 291, poz. 1707, Dz. U. z 2012r. poz. 986, poz. 1456, Dz. U. z 2013r. poz. 73, poz. 675, poz. 791, poz. 1446, poz. 1496, poz. 1645, Dz. U. z 2014r. poz. 598, poz. 877, poz. 1457, poz. 1873, Dz. U. z 2015r. poz. 493.

UZASADNIENIE

Działając na podstawie art. 35 ust. 1 pkt. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2011r. Nr 127 poz. 721 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 lipca 2012r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz. U. 2012r. poz. 850), ustala się formularz wniosku o dofinansowanie kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Powyższy wzór wniosku skonstruowany został zgodnie z § 2 ust. 2 pkt 1- 12 wyżej wymienionego rozporządzenia i przyczyni się do sprawnego dysponowania środkami Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w sposób zasadny i celowy.

pieczątka wnioskodawcy

Załącznik
do uchwały 635/54/15
Zarządu Województwa Pomorskiego
z dnia 30 czerwca 2015 roku

Wniosek złożono w:
.....
.....
w dniu .....

WNIOSEK

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

1. Nazwa i siedziba Organizatora:

Pełna nazwa: .....
.....
.....

Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Gmina	Powiat	Województwo	Nr kierunkowy
Nr telefonu	Nr fax.	Adres http://www	e-mail

2. Status prawny: cel i sposób działania na rzecz osób niepełnosprawnych (zgodnie ze statutem):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Osoby uprawnione do reprezentacji Organizatora i zaciągania zobowiązań finansowych

(pieczątka imienna) podpis.....	(pieczątka imienna) podpis .....

4. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON

Czy Organizator jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	tak:	nie:
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy Organizator zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak:	nie:
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku	.....zł	

5. Informacje o Organizatorze

Zakres terytorialny działania Organizatora:	
PODSTAWA DZIAŁANIA	
REGON	Nr identyfikacyjny NIP
Nazwa banku	Nr konta bankowego
Czy Organizator jest podatnikiem VAT podstawa prawna zwolnienia podatku VAT	TAK NIE
Czy Organizator jest przedsiębiorcą i prowadzi działalność gospodarczą w myśl ustawy z dnia 02 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (DZ.U. z 2013r. poz. 672 z późn. zm.)	TAK NIE

6. Informacja o przyznanych środkach PFRON

Nr i data zawarcia umowy	Przyznana kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
Razem		**Razem kwota rozliczona**		

7. Adres i tytuł prawny do obiektu lub lokalu przeznaczonego na zakład

Tytuł prawny Organizatora do dysponowania pomieszczeniami na potrzeby ZAZ (własność, umowa najmu itp.).....			
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Gmina	Powiat	Województwo	Ne kierunkowy
Nr telefonu	Nr fax.	Adres http://www	e-mail

8. Plan i rodzaj działalności wytwórczej lub usługowej, lub wytwórczo - usługowej oraz zakres planowanej rehabilitacji zawodowej i społecznej niepełnosprawnych pracowników zakładu

Działalność wytwórcza	TAK ..... NIE .....
Działalność usługowa	TAK ..... NIE .....
Działalność wytwórczo - usługowa	TAK ..... NIE .....
Rodzaj działalności	1. ..... 2. ..... 3. .....
Personel zakładu	Osoby ..... etaty .....

9. Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych (%):

Osoby zaliczone do znacznego stopnia niepełnosprawności	
Osoby zaliczone do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną	

10. Proponowana liczba niepełnosprawnych pracowników zakładu wraz z określeniem stopnia i rodzaju ich niepełnosprawności:

Proponowana liczba niepełnosprawnych pracowników	Stopień niepełnosprawności	Rodzaj niepełnosprawności

11. Proponowana wysokość miesięcznego wynagrodzenia osób niepełnosprawnych zaliczonych do:

1. znacznego stopnia niepełnosprawności,
2. umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną, w tym osób, w stosunku do których rada programowa, której mowa w art. 10a ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji (...) zajęła stanowisko uzasadniające podjęcie zatrudnienia kontynuowanie rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej

wyrażona jako procentowy wskaźnik minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego w przepisach o minimalnym wynagrodzeniu za pracę

.....

12. Koszty utworzenia i działania zakładu aktywności zawodowej

I. Koszty utworzenia zaz

Całkowity koszt przystosowania do potrzeb osób niepełnosprawnych pomieszczeń produkcyjnych lub pomieszczeń służących świadczeniu usług oraz pomieszczeń socjalnych i przeznaczonych na rehabilitację: ..... (zł)

Kwota słownie :.....(zł)

W tym:

1. kwota wnioskowana ze środków PFRON .....(zł)

Kwota słownie .....(zł)

2. środki własne Organizatora .....(zł)

Kwota słownie .....(zł)

3. środki Samorządu Województwa Pomorskiego .....(zł)

Kwota słownie .....(zł)

Całkowity koszt wyposażenia 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: .....(zł)

Kwota słownie :.....(zł)

W tym:

1. kwota wnioskowana ze środków PFRON .....(zł)

Kwota słownie .....(zł)

2. środki własne Organizatora .....(zł)

Kwota słownie .....(zł)

3. środki Samorządu Województwa Pomorskiego .....(zł)

Kwota słownie .....(zł)

		tak	nie
1.	Statut organizatora		
2.	Aktualny wypis z rejestru sądowego lub inny dokument potwierdzający osobowość prawną Organizatora aktualny nadzień dzień składania wniosku		
3.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisuje osoba upoważniona do reprezentowania Organizatora		
4.	Dokument potwierdzony tytuł prawny do obiektu lub lokalu (własność, umowa najmu itp.) stanowiącej siedzibę zakładu		
5.	Proponowana liczba niepełnosprawnych pracowników zakładu wraz z określeniem stopnia i rodzaju ich niepełnosprawności		
6.	Plan i rodzaj działalności wytwórczej lub usługowej oraz zakres planowanej rehabilitacji zawodowej i społecznej niepełnosprawnych pracowników zakładu		
7.	Proponowana wysokość miesięcznego wynagrodzenia osób niepełnosprawnych zaliczonych do: 3. znacznego stopnia niepełnosprawności, 4. umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną, w tym osób, w stosunku do których rada programowa, której mowa w art. 10a ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji (…) zajęła stanowisko uzasadniające podjęcie zatrudnienia kontynuowanie rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej wyrażona jako procentowy wskaźnik minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego w przepisach o minimalnym wynagrodzeniu za pracę		
8.	Proponowana obsada etatowa zakładu z wyszczególnieniem liczby stanowisk i wymaganych kwalifikacji pracowników wchodzących w skład personelu kierowniczego, administracyjnego, rehabilitacyjnego i obsługowego		
9.	Preliminarz kosztów utworzenia zakładu z uwzględnieniem podziału na poszczególne rodzaje kosztów, o których mowa w § 7 rozporządzenia MPiPS z dnia 17.07.2012 r., z kalkulacją lub innym uzasadnieniem przyjętych kosztów		
10.	Preliminarz kosztów działania zakładu, z podziałem na poszczególne rodzaje kosztów, o których mowa w § 8 rozporządzenia MPiPS z dnia 17.07.2012 r., z kalkulacją lub innym uzasadnieniem przyjętych kosztów		
11.	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 pracowników wynikających z ich niepełnosprawności		
12.	Projekt regulaminu zakładu oraz regulaminu zakładowego funduszu aktywności		

Oświadczam, że:

1. podane we Wniosku informacje są zgodne z prawdą,
2. wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych,
3. w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji Zarządu Województwa Pomorskiego przyznającej środki PFRON na podstawie niniejszego wniosku.

.....dnia ..... r.

....

pieczątka imienna pieczątka imienna

podpisy 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 w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

	obwodów i kolan do pod ich powierzchni, dwutlenek wywiera się lub nałożywej w zakładzie oraz 1cm dwutlenek do pod ich i możliwości pracowników wymagających z ich niepełnosprawność	
12	Proszek regulaminu zakłada oraz regulaminu zakładowego Pudełko zły wyrobu	

Oświadczam, że:

1. posiadam we Wniosku informacje są zgodne z prawdą,
2. wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych,
3. w przypadku przyznania rzeczywistości wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie danych Zarządu Wojewódzkiego Powszechnego przyznanego środki PFRON na podstawie rozpatrzeniu wniosku.

.....dnia .....

.....

.....

pieczęć z imienia piosztalto imienia

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Organizacja i zastępcza zobowiązani imienia pod