

.....  
(pieczętka Organizatora)

**REGIONALNE CENTRUM  
POLITYKI SPOŁECZNEJ W ŁODZI**

91-302 Łódź ul. Snycerska 8  
Tel.+48(42)203-48-00, 203-48-01, fax+48(42) 203-48-17  
e-mail: [info@rcpslodz.pl](mailto:info@rcpslodz.pl)  
[www.rcpslodz.pl](http://www.rcpslodz.pl)

Numer wniosku: .....  
Data wpływu: .....  
Wniosek kompletny złożono  
w dniu .....

(Wypełnia RCPS w Łodzi)

**WNIOSEK**

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

**A. Informacje o Organizatorze.**

**1. Nazwa i adres Organizatora.**

Pełna nazwa:			
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica/ Nr posesji/Nr lokalu	Gmina
Powiat	Województwo	e-mail	Nr telefonu/ Nr fax

**2. Informacja o stanie prawno-finansowym Organizatora.**

Status prawny	Podstawa działania
Nr rejestru sądowego lub innego rejestru	Data wpisu do rejestru sądowego lub innego rejestru
Numer REGON	Numer identyfikacji podatkowej NIP
Nazwa banku	Numer rachunku bankowego

	TAK	NIE
Czy Organizator jest podatnikiem podatku VAT?*		
<i>Wypełniają podatnicy podatku VAT</i> Czy Organizator będący podatnikiem podatku VAT posiada w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów prawo do odliczenia podatku VAT?*		
Jeżeli Organizator nie posiada takiego prawa wskazać dokładną podstawę prawną.		
Czy Organizator zalega z wpłatami na rzecz:	ZUS*	
	Urzędu Skarbowego*	

\*proszę zaznaczyć właściwe pole znakiem „X”

### 3. Dane osób upoważnionych do reprezentowania Organizatora i zaciągania w jego imieniu zobowiązań finansowych:

..... .....	..... .....	..... .....
imię i nazwisko/funkcja	imię i nazwisko/funkcja	imię i nazwisko/funkcja
.....	.....	.....
podpis	podpis	podpis

### 4. Dane osób upoważnionych do kontaktu w sprawie wniosku:

.....	.....
imię i nazwisko	telefon/fax/e-mail
.....	.....
imię i nazwisko	telefon/fax/e-mail

### 5. Syntetyczna charakterystyka działalności Organizatora (cele i sposoby działania, teren działania, od kiedy Organizator prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych, kadra Organizatora, inne informacje):

..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
--

### 6. Informacje o działalności Organizatora na rzecz osób niepełnosprawnych:

Organizator prowadzi działalność rehabilitacyjną dla osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji*:
<input type="checkbox"/> leczniczej <input type="checkbox"/> społecznej <input type="checkbox"/> zawodowej
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu):
do lat 18: .....      powyżej lat 18: .....

\*proszę zaznaczyć właściwy kwadrat znakiem „X”

**7. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie 3 ostatnich lat przed dniem złożenia wniosku:**

Dysponent środków PFRON	Nr i data zawarcia umowy	Cel	Kwota przyznana	Kwota rozliczona
<b>RAZEM</b>				

**8. Informacja o realizacji przez Organizatora obowiązku wpłat na rzecz PFRON:**

Nr identyfikacyjny PFRON		
Czy Organizator jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON?*	TAK	NIE
Podstawa prawna zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy Organizator zalega z wpłatami na rzecz PFRON?*	TAK	NIE
Kwota zaległości na dzień złożenia wniosku		

\*proszę zaznaczyć właściwe pole znakiem „X”

**B. Informacje o zakładzie aktywności zawodowej.**

**1. Nazwa i adres zakładu.**

Pełna nazwa:			
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica/Nr posesji/Nr lokalu	Gmina
Powiat	Województwo	e-mail	Nr telefonu/ Nr fax

**2. Dane dot. obiektu, lokalu lub nieruchomości przeznaczonej na zakład.**

Tytuł prawny do obiektu, lokalu lub nieruchomości	
Całkowita powierzchnia obiektu, lokalu lub nieruchomości wynikająca z tytułu prawnego,	
z tego powierzchnia obiektu, lokalu lub nieruchomości przeznaczona na zakład.	

### 3. Opis planowanego przedsięwzięcia.

Planowany termin rozpoczęcia realizacji utworzenia zakładu.		Przewidywany czas realizacji utworzenia zakładu (w miesiącach).	
Planowana data rozpoczęcia działalności przez zakład.		Rodzaj działalności zakładu (wytwórcza, usługowa, usługowo-wytwórcza)*	
Syntetyczny opis działalności.	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
Sposób rekrutacji niepełnosprawnych pracowników zakładu.	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>Zakres planowanej rehabilitacji zawodowej i społecznej (uwzględniający w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- działania: organizacyjne, lecznicze, psychologiczne, szkoleniowe, z doradztwa zawodowego i społeczne,</li> <li>- terminy realizacji w/w działań</li> <li>- osoby (podać stanowiska) odpowiedzialne za ich realizację,</li> <li>- wskaźniki osiągnięcia celu planowanych działań).</li> </ul>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

\*proszę wybrać właściwy rodzaj

#### 4. Zatrudnienie w zakładzie.

Zatrudnienie ogółem (w osobach)	Personel zakładu (w osobach)	Pracownicy niepełnosprawni ze znacznym stopniem niepełnosprawności i z umiarkowanym stopniem 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 ustawy, zajęła stanowisko uzasadniające podjęcie zatrudnienia i kontynuowanie rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej.		Pracownicy niepełnosprawni z umiarkowanym stopniem 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 ustawy, zajęła stanowisko uzasadniające podjęcie zatrudnienia i kontynuowanie rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej.	
		(w osobach)	(w %, do ogółu zatrudnionych)	(w osobach)	(w %, do ogółu zatrudnionych)
1.	2.	3.	4.	5.	6.

#### 5. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych.

Lp.	Proponowane stanowisko pracy/ proponowany rodzaj aktywności zawodowej	Wymiar czasu pracy	Wykształcenie /zawód	Stopień i rodzaj niepełnosprawności	Aktywność na rynku pracy proponowanych do zatrudnienia w zakładzie osób niepełnosprawnych		Proponowana wysokość wynagrodzenia wyrażona jako procentowy wskaźnik minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego w przepisach o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (brutto w zł)
					Staż pracy	Zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy*	

\* jeżeli odpowiedź „TAK”, to proszę wpisać od kiedy.  
Liczba wierszy winna odpowiadać liczbie osób niepełnosprawnych planowanych do zatrudnienia w zakładzie.

**6. Zatrudnienie personelu zakładu.**

Lp.	Stanowisko	Wymagane wykształcenie i kwalifikacje zawodowe	Wymiar etatu	Wysokość wynagrodzenia brutto (w zł)
<b>Personel kierowniczy</b>				
<b>Personel administracyjny</b>				
<b>Personel rehabilitacyjny</b>				
<b>Personel obsługowy</b>				

Liczba wierszy winna odpowiadać liczbie osób planowanych do zatrudnienia wśród personelu zakładu.

### C. Koszty utworzenia i działania zakładu aktywności zawodowej.

#### 1. Całkowity koszt utworzenia i działania zakładu aktywności zawodowej.

Koszty	Ogółem (3+4+5)	Środki PFRON			Środki własne Organizatora	Pozostałe źródła finansowania ogółem
		Wnioskowana kwota	SODIR	Inne programy		
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Utworzenia zakładu	zł	zł		zł	zł	zł
	100 %	(kolumny: 3+5 = max. 65 %)			%	%
Działania zakładu w okresie ..... miesięcy ..... roku	zł	zł	zł	zł	zł	zł
	100 %	(kolumny: 3+4+5 = max. 90 %)			%	%
<b>SUMA</b>		zł	zł	zł	zł	zł

#### 2. Koszty utworzenia zakładu aktywności zawodowej.\*

Rodzaje kosztów	Ogółem (w zł) (3+4+5)	Źródła finansowania		
		Wnioskowana kwota dofinansowania z PFRON (w zł)	Środki własne Organizatora (w zł)	Pozostałe źródła finansowania ogółem (w zł)
1.	2.	3.	4.	5.
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.				
<b>SUMA</b>				

\*szczegółowy preliminarz (z podziałem na kwotę netto, stawkę i kwotę podatku VAT oraz kwotę brutto) wraz z kalkulacją i/lub uzasadnieniem przyjętych kosztów w załączniku.

### 3. Koszty działania zakładu aktywności zawodowej przez okres ..... miesięcy ..... roku (dotyczy roku, w którym zakład zostanie utworzony).\*

Rodzaje kosztów	Ogółem (w zł) (3+4+5)	Źródła finansowania		
		Wnioskowana kwota dofinansowania z PFRON (w zł)	Środki własne Organizatora (w zł)	Pozostałe źródła finansowania ogółem (w zł)
1.	2.	3.	4.	5.
1) Wynagrodzenia (brutto) osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, do wysokości 100% minimalnego wynagrodzenia pracowników, proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w umowie o pracę.				
2) Wynagrodzenia (brutto) personelu zakładu.				
3) Dodatkowe wynagrodzenia roczne, odprawy emerytalne i pośmiertne oraz nagrody jubileuszowe (brutto).				
4) Składki na ubezpieczenia społeczne oraz na FGŚS i FP należne od pracodawcy, naliczone od kwot wynagrodzeń wymienionych w pkt. 1.				
5) Składki na ubezpieczenia społeczne oraz na FGŚS i FP należne od pracodawcy, naliczone od kwot wynagrodzeń wymienionych w pkt. 2.				
6) Składki na ubezpieczenia społeczne oraz na FGŚS i FP należne od pracodawcy, naliczone od kwot wynagrodzeń wymienionych w pkt. 3.				
7) Materiały, energia, usługi materialne i usługi niematerialne.				
8) Transport i dowóz niepełnosprawnych pracowników zakładu.				
9) 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.				



10) Szkolenia personelu zakładu.				
11) Odpisy na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych lub wypłaty świadczeń urlopowych, dokonywane na podstawie odrębnych przepisów.				
12) Wymiana zamortyzowanych maszyn, urządzeń i wyposażenia niezbędnych do prowadzenia produkcji lub świadczenia usług.				
13) Wymiana maszyn i urządzeń w związku ze zmianą profilu działalności zakładu lub z wprowadzeniem ulepszeń technicznych lub technologicznych.				
14) Inne niezbędne do realizacji rehabilitacji, obsługi i prowadzenia działalności wytwórczej lub usługowej.				
<b>SUMA</b>				

\*szczegółowy preliminarz (z podziałem na kwotę netto, stawkę i kwotę podatku VAT oraz kwotę brutto) wraz z kalkulacją i/lub uzasadnieniem przyjętych kosztów w załączniku.

#### **D. Oświadczenia:**

1. Organizator nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu;
2. informacje zawarte we wniosku i załącznikach złożonych do wniosku są zgodne z prawdą – Wnioskodawca oświadcza, że jest świadomy, że podanie informacji niezgodnych z prawdą może skutkować odpowiedzialnością karną wynikającą z art.297 Kodeksu Karnego;
3. znane są mi zapisy „Zasad udzielania organizatorom zakładów aktywności zawodowej dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będących w dyspozycji Województwa Łódzkiego”, przyjęte aktualną uchwałą Zarządu Województwa Łódzkiego i zobowiązuję się do ich przestrzegania;
4. wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych przez Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE - zwanym dalej RODO (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), przekazanych RCPS, dla potrzeb postępowania będącego przedmiotem niniejszego wniosku;
5. wypełniłem/am obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/am dla potrzeb postępowania będącego przedmiotem niniejszego wniosku;
6. w przypadku pozytywnego rozpatrzenia złożonego przeze mnie wniosku, wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji przyznającej środki Funduszu na podstawie niniejszego wniosku.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpisy osób upoważnionych do reprezentowania Organizatora)

**Załączniki wymagane do wniosku.**

L.p.	Nazwa załącznika	Nr załącznika	Załączono do wniosku (tak/nie/ nie dotyczy)	Uzupełniono (tak/nie)	Data uzupełnienia
				Wypełnia RCPS w Łodzi	
1.	Aktualny dokument potwierdzający status prawny i podstawę działania Organizatora, wydany nie wcześniej niż 3 miesiące przed terminem złożenia wniosku.				
2.	Statut Organizatora.				
3.	Pełnomocnictwo, w przypadku gdy wniosek został podpisany przez osoby upoważnione do reprezentowania Organizatora.				
4.	Dokumenty poświadczające prowadzenie przez Organizatora działalności w zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej jednego roku przed dniem złożenia wniosku.				
5.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu, lokalu lub nieruchomości przeznaczonej na siedzibę zakładu.				
6.	Dokument potwierdzający uzyskanie zgody właściciela obiektu, lokalu lub nieruchomości na utworzenie w nim i działanie zakładu aktywności zawodowej (dot. sytuacji gdy Organizator nie jest jej właścicielem ani użytkownikiem wieczystym).				
7.	Kserokopia zaświadczenia o numerze identyfikacyjnym REGON Organizatora.				
8.	Kserokopia decyzji urzędu skarbowego o nadaniu Organizatorowi numeru NIP.				
9.	Oświadczenie Organizatora o braku zaległości na dzień złożenia wniosku wobec ZUS w opłacaniu składek na ubezpieczenie społeczne.				
10.	Oświadczenie Organizatora o braku zaległości na dzień złożenia wniosku wobec Urzędu Skarbowego w opłacaniu podatków.				
11.	Plan działalności wytwórczej, usługowej lub wytwórczo-usługowej zakładu (biznesplan), uwzględniający w szczególności: - dokładny opis planowanej działalności - plan ekonomiczny - rozeznanie rynku zbytu dla planowanej działalności - rozeznanie rynku pracy dla pracowników niepełnosprawnych zakładu po zakończeniu stosunku pracy z zakładem.				

12.	Dokumenty potwierdzające rozeznanie rynku dla planowanej działalności zakładu (np. umowy przedwstępne, porozumienia).				
13.	Projekt planu kont dla planowanej działalności zakładu.				
14.	Szczegółowy preliminarz kosztów utworzenia zakładu, z uwzględnieniem podziału na poszczególne rodzaje kosztów, o których mowa w § 7 rozporządzenia, ze wskazaniem źródła sfinansowania, z kalkulacją i/lub uzasadnieniem przyjętych kosztów (należy dołączyć oferty cenowe lub podać źródła przyjętych stawek).				
15.	Szczegółowy preliminarz kosztów działania zakładu z podziałem na poszczególne rodzaje kosztów, o których mowa w § 8 rozporządzenia, ze wskazaniem źródła sfinansowania, z kalkulacją i/lub uzasadnieniem przyjętych kosztów.				
16.	Plan pomieszczeń zakładu z określeniem ich przeznaczenia i metrażu.				
17.	Projekt dostosowania obiektów i lokali do potrzeb prowadzonej działalności zakładu, z uwzględnieniem dostosowania do potrzeb i możliwości niepełnosprawnych pracowników zakładu wynikających z ich niepełnosprawności, wraz z kosztorysem prac adaptacyjnych.				
18.	Kopia ostatecznej decyzji o pozwoleniu na budowę lub zgłoszenie robót budowlanych przewidziane w przepisach prawa budowlanego, co do którego właściwy organ nie złożył w ustawowym terminie sprzeciwu, albo oświadczenie Organizatora o zwolnieniu robót budowlanych z obowiązku uzyskania pozwolenia na budowę lub zgłoszenia robót budowlanych.				
19.	Projekt regulaminu zakładu.				
20.	Projekt regulaminu zakładowego funduszu aktywności.				
21.	Informacja dotycząca form zapewnienia pracownikom niepełnosprawnym doraźnej i specjalistycznej opieki medycznej (instytucja, miejsce, kadra, wyposażenie).				
22.	Dokument potwierdzający posiadanie przez Organizatora środków własnych i/lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie kosztów utworzenia i działania zakładu w wysokości nieobjętej dofinansowaniem.				
23.	Dokument, wystawiony przez bank, o posiadaniu przez Organizatora				

	rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach.				
24.	Inne				

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpisy osób upoważnionych do reprezentowania organizatora)

**UWAGA:**

- We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”.
- W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy dołączyć załącznik o odpowiedniej numeracji, sporządzony w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza, a w rubryce formularza wpisać „W załączeniu – załącznik nr ...”.
- Kserokopie dokumentów powinny zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem przez co najmniej jedną osobę uprawnioną do reprezentacji Organizatora na każdej stronie.

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:**

.....  
(data i podpisy pracowników RCPS w Łodzi)