Załącznik
do Zasad udzielania dofinansowania kosztów utworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będących w dyspozycji Województwa Łódzkiego

.....
(pieczątka Organizatora)

Regionalne Centrum
Polityki Społecznej w Łodzi
- Jednostka Organizacyjna Samorządu
Województwa Łódzkiego
91-302 Łódź ul. Snycerska 8
Tel.+48 (42) 203-48-00
e-mail: info@rcpslodz.pl
Strona www: www.rcpslodz.pl

Numer wniosku: .....
Data wpływu: .....
Wniosek kompletny złożono
w dniu: .....
(Wypełnia RCPS w Łodzi)

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

Część A – Informacje o Organizatorze.

1. Nazwa i siedziba Organizatora.

1) Pełna nazwa Organizatora: .....
2) Kod pocztowy i miejscowość: .....
3) Ulica/nr posesji/nr lokalu: .....
4) Gmina: .....
5) Powiat: .....
6) Województwo: .....
7) e-mail: .....

8) Nr telefonu: .....
9) Adres do korespondencji: .....

2. Informacja o stanie prawno-finansowym Organizatora.

1) Status prawny: .....
2) Cele i sposoby działania Organizatora na rzecz osób niepełnosprawnych (zgodnie ze statutem Organizatora): .....
3) Podstawa działania Organizatora: .....
4) Nr rejestru sądowego lub innego rejestru: .....
5) Data wpisu do rejestru sądowego lub innego rejestru: .....
6) Numer REGON: .....
7) Numer identyfikacji podatkowej NIP: .....
8) Nazwa banku: .....
9) Numer rachunku bankowego: .....
10) Czy Organizator jest podatnikiem podatku VAT?* ☐ TAK ☐ NIE
11) Wypełniają podatnicy podatku VAT (Czy Organizator będący podatnikiem podatku VAT posiada w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów prawo do odliczenia podatku VAT):* ☐ TAK ☐ NIE
12) Jeżeli Organizator nie posiada takiego prawa wskazać podstawę prawną. .....
13) Czy Organizator zalega z wpłatami na rzecz ZUS:* ☐ TAK ☐ NIE
14) Czy Organizator zalega z wpłatami na rzecz Urzędu Skarbowego:* ☐ TAK ☐ NIE

*proszę zaznaczyć właściwe pole znakiem ,,X”

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

.....	.....	.....
Imię i nazwisko	Funkcja	Podpis

....

Imię i nazwisko Funkcja Podpis

4. Dane osób upoważnionych do kontaktu w sprawie wniosku:

....

Imię i nazwisko Nr telefonu/ adres e-mail

....

Imię i nazwisko Nr telefonu/ adres e-mail

5. Charakterystyka działalności Organizatora (cele i sposoby działania, teren działania, od kiedy Organizator prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji - zgodnie z art. 7 ust.1 ustawy, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych, kadra Organizatora, inne informacje):

.....

.....

.....

.....

…….

……..

……..

6. Informacje o działalności Organizatora na rzecz osób niepełnosprawnych:

1) Organizator prowadzi działalność rehabilitacyjną dla osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji:*

☐ leczniczej

☐ społecznej

☐ zawodowej

*proszę zaznaczyć właściwy kwadrat znakiem ,,X”

2) Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (średnio w miesiącu):
   Do lat 18: .....
   Powyżej lat 18: .....

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)

1) .....
2) .....
3) .....

Liczba wierszy powinna odpowiadać liczbie informacji o korzystaniu ze środków PFRON

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

1) Nr identyfikacyjny PFRON .....
2) Czy Organizator jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON:* ☐TAK ☐ NIE
3) Podstawa prawna zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON .....
4) Czy Organizator zalega z wpłatami wobec PFRON * ☐TAK ☐NIE

*proszę zaznaczyć właściwe pole znakiem ,,X”

Część B - Informacje o zakładzie aktywności zawodowej.

1. Nazwa i adres zakładu.

1) Pełna nazwa zakładu aktywności zawodowej: .....
2) Kod pocztowy i miejscowość: .....
3) Ulica/nr posesji/nr lokalu: .....
4) Gmina: .....
5) Powiat: .....
6) Województwo: .....
7) e-mail: .....
8) Nr telefonu: .....

2. Dane dotyczące obiektu lub lokalu przeznaczonego na zakład.

1) Tytuł prawny do obiektu lub lokalu .....
2) Całkowita powierzchnia obiektu lub lokalu wynikająca z tytułu prawnego..... z tego powierzchnia obiektu lub lokalu przeznaczona na zakład .....

3. Opis planowanego przedsięwzięcia.

1) Planowany termin rozpoczęcia realizacji utworzenia zakładu: .....
2) Przewidywany czas realizacji utworzenia zakładu (w miesiącach): .....
3) Planowana data rozpoczęcia działalności przez zakład: .....
4) Rodzaj działalności zakładu:*

   ☐ wytwórcza
   ☐ usługowa
   ☐ wytwórczo-usługowa

   *proszę wybrać właściwy rodzaj
5) Opis działalności: ……...
   ..... ….
   …….
   …….
   ……..
   …….
6) Sposób rekrutacji niepełnosprawnych pracowników: ..... ……..
   ……
   ……
   …….
   ……..
7) Zakres planowanej rehabilitacji zawodowej i społecznej (uwzględniający w szczególności działania: organizacyjne, lecznicze, psychologiczne, szkoleniowe, edukacyjne i społeczne), terminy realizacji w/w działań, osoby (podać stanowiska) odpowiedzialne za ich realizację, wskaźniki osiągnięcia celu planowanych działań np. liczba osób niepełnosprawnych: ……
   …….

4. Zatrudnienie w zakładzie aktywności zawodowej (format excel)

1. Zakładka –„Tabela A”- wskaźnik stanu zatrudnienia w zakładzie, zgodnie

z art. 29 ustawy.

2. Zakładka – „Tabela B” - zatrudnienie osób niepełnosprawnych.
3. Zakładka – „Tabela C” - zatrudnienie personelu zakładu.

5. Koszty utworzenia i działania zakładu aktywności zawodowej (format excel)

1. Zakładka –„Tabela A” - źródła finansowania kosztów utworzenia i działania zakładu aktywności zawodowej.
2. Zakładka – „Tabela B” - koszty utworzenia zakładu aktywności zawodowej.*
3. Zakładka – „Tabela C” - koszty działania zakładu aktywności zawodowej (liczba miesięcy, dotyczy roku, w którym zakład zostanie utworzony).*

*Dodatkowo Organizator zobowiązany jest do przedstawienia, w przypadku kosztów utworzenia szczegółowego preliminarza kosztów utworzenia zakładu (z podziałem na kwotę netto, stawkę i kwotę podatku VAT oraz kwotę brutto), a w przypadku kosztów działania kalkulacja i/lub uzasadnienie przyjętych kosztów działania (w kwocie netto i brutto).

Część C.- Oświadczenia Wnioskodawcy:

1. Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 Kodeksu karnego oświadczam, że dane zawarte we Wniosku oraz przedłożonych załącznikach są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że podane we Wniosku informacje są zgodne z prawdą.
3. Oświadczam, że znane mi są przepisy rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej oraz zapisy **„**Zasad udzielania dofinansowania kosztów utworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będących w dyspozycji Województwa Łódzkiego".
4. Zapoznałem/łam się z informacjami dotyczącymi przetwarzania moich danych osobowych oraz danych osobowych osób wskazanych we wniosku przez Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi zgodnie z art. 13 i 14 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.

…….

(miejscowość i data)

…… .....

……

(podpisy osób upoważnionych do reprezentowania Organizatora)

Część D.- Załączniki wymagane do wniosku.

L.p.	Nazwa załącznika	Nr	Załączono do wniosku (tak/nie/ nie dotyczy)	Uzupełniono (tak/nie)	Data uzupełnienia
				Wypełnia RCPS w Łodzi	
1.	Odpis z właściwego rejestru lub ewidencji lub inny dokument potwierdzający osobowość prawną Organizatora, aktualny na dzień składania wniosku, (wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed terminem złożenia wniosku)				
2.	Kserokopia statutu Organizatora potwierdzona za zgodność z oryginałem				
3.	Pełnomocnictwo lub inny dokument, z którego wynika uprawnienie dla osób do podpisania wniosku, w przypadku gdy wniosek został podpisany przez osoby upoważnione do reprezentowania Organizatora				
4.	Kserokopia zaświadczenia o numerze identyfikacyjnym REGON Organizatora, potwierdzona za zgodność z oryginałem				
5.	Kserokopia decyzji urzędu skarbowego o nadaniu Organizatorowi numeru NIP, potwierdzona za zgodność z oryginałem				
6.	Zaświadczenie o braku zaległości na dzień złożenia				

	wniosku wobec ZUS w opłacaniu składek na ubezpieczenie społeczne wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku				
7.	Zaświadczenie o braku zaległości na dzień złożenia wniosku wobec Urzędu Skarbowego w opłacaniu podatków wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku				
8.	Oświadczenie Organizatora o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON				
9.	Dokumenty poświadczające doświadczenie Organizatora w pracy z osobami niepełnosprawnymi i prowadzenie działalności w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych przez co najmniej trzy lata przed złożeniem wniosku.				
10.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu, lub lokalu przeznaczonego na siedzibę zakładu.				
11.	Dokument potwierdzający uzyskanie zgody właściciela obiektu lub lokalu na utworzenie w nim i działanie zakładu w przypadku Organizatora nie będącego właścicielem lub użytkownikiem wieczystym				

	przedmiotowego obiektu, lokalu lub nieruchomości				
12.	Plan pomieszczeń zakładu z określeniem ich przeznaczenia i metrażu				
13.	Dokumentacja projektowa i kosztorysowa przystosowania do potrzeb osób niepełnosprawnych pomieszczeń produkcyjnych lub pomieszczeń służących świadczeniu usług oraz pomieszczeń socjalnych i przeznaczonych na rehabilitację, umożliwiającą ocenę realizowanego zadania, która powinna spełniać wymogi określone dla danego rodzaju obiektów w przepisach prawa budowlanego oraz w innych obowiązujących w tym zakresie przepisach				
14.	Zestawienie przewidywanego całkowitego kosztu robót budowlanych z określeniem szczegółowego zakresu rzeczowego zadania (uwzględniające wartości netto i brutto)				
15.	Pozwolenie na budowę lub zgłoszenie przewidziane w przepisach prawa budowlanego albo zaświadczenie o zwolnieniu robót budowlanych z obowiązku uzyskania pozwolenia na budowę lub zgłoszenia robót budowlanych				

16.	Plan działalności wytwórczej lub usługowej zakładu (biznesplan), uwzględniający w szczególności dokładny opis planowanej działalności, plan ekonomiczny, rozeznanie rynku zbytu dla planowanej działalności oraz rynku pracy dla pracowników niepełnosprawnych zakładu po zakończeniu stosunku pracy z zakładem				
17.	Szczegółowy preliminarz kosztów utworzenia zakładu (z podziałem na kwotę netto, stawkę i kwotę podatku VAT oraz kwotę brutto)				
18.	Informacja o kosztach działania wraz kalkulacją i/lub uzasadnieniem przyjętych kosztów działania (w kwocie netto i brutto).				
19.	Projekt planu kont dla planowanej działalności zakładu.				
20.	Projekt regulaminu zakładu.				
21.	Projekt regulaminu zakładowego funduszu aktywności				
22.	Projekt statutu zakładu				
23.	Informacja dotycząca form zapewnienia pracownikom niepełnosprawnym specjalistycznej opieki medycznej, poradnictwa i usług rehabilitacyjnych				
24.	Dokument potwierdzający posiadanie przez Organizatora środków własnych i/lub				

	pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie kosztów utworzenia i działania zakładu w wysokości nieobjętej dofinansowaniem.				
25.	Dokument, wystawiony przez bank, o posiadaniu przez Organizatora rachunku bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach.				
26.	Inne informacje i dokumenty uznane przez Organizatora za istotne do rozpatrzenia wniosku				
27.	Inne informacje i dokumenty uznane przez Centrum za istotne do rozpatrzenia wniosku (w przypadku wezwania Organizatora do ich złożenia): a) …… …… …… b) …… …… ……				

.....

(miejscowość i data)

.....

.....

(podpisy osób upoważnionych do reprezentowania organizatora)

Uwaga:

1. We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać ,,nie dotyczy”.
2. 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 …”.
3. 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)

Informacja o warunkach przetwarzania danych osobowych

Na podstawie art.13 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 (RODO) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Regionalne Centrum Polityki Społecznej z siedzibą w Łodzi ul. Snycerska 8, reprezentowane przez Dyrektora.
2. Z osobą pełniącą funkcję Inspektora Danych Osobowych u Administratora Danych Osobowych można skontaktować się pod adresem: Łódź, ul. Snycerska 8, pod adresem mailowym: iodo@rcpslodz.pl nr tel. (42) 203 48 00.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w następujących celach:
   1) przyjęcia i rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kosztów utworzenia i działania zakładu aktywności zawodowej,
   2) kontaktu w sprawie wyjaśnień dotyczących wniosku,
   3) analizy, weryfikacji i decyzji w sprawie udzielenia dotacji,
   4) sprawozdawczych, statystycznych i archiwizacyjnych.
4. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:
   1) realizacja zadania publicznego wynikającego z art. 35 ust. 1 pkt. 6 ustawy z dnia

27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) oraz dla danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g) RODO;

2) prawnie uzasadniony interes administratora polegający zabezpieczeniu, dochodzeniu i ochrony roszczeń na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f),
3) obowiązku prawnego wynikającego z przepisów prawa powszechnego regulującego wydatkowanie finansów publicznych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) i art. 9 ust. 2 lit. g) RODO

5. Kategoriami odbiorców Pani/Pana danych osobowych będą: podmioty upoważnione przez administratora danych osobowych na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych, podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa w tym Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, podmioty zajmujące się archiwizacją. Ponadto, w zakresie stanowiącym informację publiczną dane będą ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją lub publikowane na stronie urzędu (www.rcpslodz.pl), dostawcy systemów informatycznych wykorzystywanych przez administratora.
6. Pani/Pana dane nie będą przekazywane do Państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej ani nie będą podlegały automatycznemu podejmowaniu decyzji (w tym przez profilowanie).
7. Pani/Pana dane będą przechowywane przez okres wskazany w „jednolitym rzeczowym wykazie akt", który stanowi załącznik do Zarządzenia Nr 01/2018 Dyrektora Regionalnego Centrum Polityki Społecznej z dnia 04.01.2018 roku w sprawie: przepisów kancelaryjnych i archiwalnych stosowanych w Regionalnym Centrum Polityki Społecznej, tzn. 5 lat nie krócej jednak niż okres przedawnienia ewentualnych roszczeń.
8. Posiada Pani/Pan prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, sporządzania ich kopii oraz prawo ich sprostowania jeżeli są niezgodne ze stanem rzeczywistym, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania tych danych, prawo do przenoszenia danych.
9. Z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu przeciwko przetwarzaniu danych.
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem uzyskania dofinansowanie kosztów utworzenia i działania zakładu aktywności zawodowej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

11. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych narusza przepisy RODO.