

.....  
Miejscowość i data

.....  
Pieczęć Pracodawcy

.....  
Data wpływu wniosku  
do PFRON

.....  
Nr wniosku

## WNIOSEK

### **o pomoc na zasadzie *de minimis* w ramach dofinansowania w wysokości do 50% oprocentowania zaciągniętych kredytów bankowych, pod warunkiem wykorzystania tych kredytów na cele związane z rehabilitacją zawodową i społeczną osób niepełnosprawnych**

#### **I. Podstawa prawna udzielania pomocy:**

Art. 32 ust. 1 pkt 1 w związku z art. 51 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), § 2, 3, 10 ust. 1 pkt 1, ust. 4-6, 8, § 11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie pomocy finansowej udzielanej pracodawcom prowadzącym zakłady pracy chronionej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1975), art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tj. Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404 z późn. zm.) oraz § 2 ust. 1, 1a, 2 pkt 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc *de minimis* (Dz. U. z 2010 r. Nr 53, poz. 311 z późn. zm.).

Dofinansowanie udzielane jest jako pomoc *de minimis* spełniająca warunki określone w:

- 1) w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1) albo
- 2) w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, str. 45).

#### **II. II. Dane ogólne:**

1.	Pełna nazwa Pracodawcy	..... .....
2.	Adres siedziby albo miejsca zamieszkania Pracodawcy <sup>1</sup>	Województwo: ..... Powiat: ..... Gmina: ..... Kod pocztowy: ..... Miejscowość: ..... Ulica: ..... Nr domu: ..... Nr lokalu: .....
3.	Adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż powyżej	Kod pocztowy: ..... Miejscowość: ..... Ulica: ..... Nr domu: ..... Nr lokalu: .....
4.	Imię i nazwisko upoważnionej osoby do reprezentowania Pracodawcy w sprawie	..... .....
5.	Numery telefonu i faksu Pracodawcy	..... .....
6.	Adres poczty elektronicznej Pracodawcy	..... .....

<sup>1</sup> Adres miejsca zamieszkania Pracodawcy, o ile jest on tożsamy z adresem wykonywanej działalności.

7.	NIP	.....
8.	PKD	.....
9.	Nazwa banku i numer rachunku bankowego Pracodawcy <sup>2</sup>	.....

### III. Informacja o przeciętnych miesięcznych stanach zatrudnienia:<sup>3</sup>

		W etatach			
		m-c .....	m-c .....	m-c .....	średnia kwartalna
Zatrudnienie ogółem:					
Zatrudnienie osób niepełnosprawnych ogółem:					
Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w podziale na stopnie niepełnosprawności:	znaczny				
	umiarkowany				
	lekki				
Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w podziale na rodzaje niepełnosprawności:	upośledzenie narządu ruchu:				
	choroby narządu wzroku:				
	zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu:				
	choroby psychiczne:				
	choroby neurologiczne:				
	upośledzenie umysłowe:				
	choroby układu oddechowego i krążenia:				
	epilepsja:				
	choroby układu pokarmowego:				
	choroby układu moczowo – płciowego:				
	inne:				
	niepełnosprawność sprzężona:				

### IV. Oświadczenia Pracodawcy

<sup>2</sup> Należy podać numer rachunku bankowego, na który będą przekazywane środki na dofinansowanie.

<sup>3</sup> Należy podać informację w etatach o przeciętnych miesięcznych stanach zatrudnienia ogółem i osób niepełnosprawnych ogółem oraz w podziale na stopnie i rodzaje niepełnosprawności ustalonych odrębnie dla każdego z 3 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz o średnim kwartalnym stanie zatrudnienia osób niepełnosprawnych obliczonym na podstawie tych stanów zatrudnienia - § 10 ust. 5 pkt 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie pomocy finansowej udzielanej pracodawcom prowadzącym zakłady pracy chronionej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1975).

W związku z ubieganiem się o dofinansowanie do oprocentowania zaciągniętego kredytu /kredytów\* Pracodawca oświadcza, że:

- 1) zapoznał się z przypisami/objaśnieniami zawartymi we wniosku,
- 2) w dniu złożenia wniosku posiada/nie posiada wymagalnych zobowiązań\* wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- 3) w dniu złożenia wniosku posiada nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne /nie posiada nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych\*,
- 4) w dniu złożenia wniosku zalega/nie zalega\* z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom,
- 5) w dniu złożenia wniosku zalega/nie zalega\* z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych lub innych danin publicznych,
- 6) ogłoszono/nie ogłoszono\* w stosunku do niego upadłości,
- 7) rozpoczęto lub nie rozpoczęto\* jego likwidacji,
- 8) w przypadku przyznania pomocy w postaci dofinansowania w wysokości do 50% oprocentowania zaciągniętych kredytów bankowych, pod warunkiem wykorzystania tych kredytów na cele związane z rehabilitacją zawodową i społeczną osób niepełnosprawnych, wszelka dokumentacja związana z tą pomocą będzie przechowywana przez niego przez 10 lat od dnia przyznania tej pomocy

.....  
*Data i podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Pracodawcy*

\* *niepotrzebne skreślić*

Pracodawca oświadcza, że zaciągnięty kredyt/zaciągnięte kredyty\* na: .....

.....  
do którego/których\* ubiega się o dofinansowanie, przeznaczone są na cele związane z rehabilitacją zawodową i społeczną osób niepełnosprawnych zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w szczególności na<sup>4</sup>: .....

.....  
*Data i podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Pracodawcy*

\* *niepotrzebne skreślić*

<sup>4</sup> *Przedmiotowa informacja zostanie umieszczona w umowie, która w przypadku przyznania dofinansowania do oprocentowania kredytów zostanie zawarta pomiędzy Pracodawcą, a PFRON i w przyszłości może być przedmiotem kontroli ze strony PFRON.*

**Uwaga!** Należy złożyć oświadczenie adekwatne do rodzaju prowadzonej działalności:

Pracodawca oświadcza, że jest/nie jest\* wykluczony z uzyskania pomocy na podstawie art. 1 Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.

nie dotyczy z uwagi na rodzaj prowadzonej działalności

.....  
Data i podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Pracodawcy

*W przypadku, kiedy wniosek dotyczy Pracodawcy będącego przedsiębiorcą w sektorze rybołówstwa i akwakultury należy złożyć poniższe oświadczenie:*

Pracodawca oświadcza, że jest/nie jest\* wykluczony z uzyskania pomocy na podstawie art. 1 Rozporządzenia Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.

nie dotyczy z uwagi na rodzaj prowadzonej działalności

.....  
Data i podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Pracodawcy

\* niepotrzebne skreślić

-----  
Treść Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską wraz z załącznikiem I znajduje się na stronie:  
[www.uokik.gov.pl](http://www.uokik.gov.pl)

Pracodawca oświadcza, że w bieżącym roku podatkowym oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych otrzymał pomoc de minimis oraz pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w wysokości ..... EUR/nie otrzymał pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie\*, co potwierdza stosownym zestawieniem.

.....  
Data i podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Pracodawcy

\* niepotrzebne skreślić

-----  
*W przypadku niewypełnienia powyższego oświadczenia, konieczne jest zgodnie z § 10 ust. 6 pkt 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie pomocy finansowej udzielanej pracodawcom prowadzącym zakłady pracy chronionej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1975), dołączenie zaświadczeń o pomocy de minimis.*

## V. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy

1. MAKSYMALNA KWOTA KREDYTU/ÓW OBJĘTYCH WNIOSKIEM O DOFINANSOWANIE DO OPROCENTOWANIA KREDYTÓW BANKOWYCH:
..... x 55.000,00 zł = .....
<i>Liczba ON o znacznym stopniu niepełnosprawności</i>
(liczba osób niepełnosprawnych o znacznym stopniu niepełnosprawności w etatach, na których rehabilitację zawodową i społeczną zostały lub zostaną przeznaczone środki z kredytu/ów)
..... x 35.000,00 zł = .....
<i>Liczba ON o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności</i>
(liczba osób niepełnosprawnych o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności w etatach, na których rehabilitację zawodową i społeczną zostały lub zostaną przeznaczone środki z kredytu/ów)
..... x 25.000,00 zł = .....
<i>Liczba ON o lekkim stopniu niepełnosprawności</i>
(liczba osób niepełnosprawnych o lekkim stopniu niepełnosprawności w etatach, na których rehabilitację zawodową i społeczną zostały lub zostaną przeznaczone środki z kredytu/ów)
Maksymalna kwota zadłużenia, które może być objęte dofinansowaniem do oprocentowania kredytu/ów: ..... zł
2. WYSOKOŚĆ KREDYTU/ÓW: ..... zł
<i>Kwota kredytu/ów objęta wnioskowanym dofinansowaniem winna uwzględniać ograniczenie kwoty kredytu lub kredytów, wynikające z treści § 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie pomocy finansowej udzielanej pracodawcom prowadzącym zakłady pracy chronionej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1975).</i>
3. PROPONOWANA FORMA ZABEZPIECZENIA ZWROTU POMOCY:
.....

## VI. Informacje dotyczące kredytu lub kredytów bankowych objętych wnioskowanym dofinansowaniem

<b>KREDYT Nr 1</b>
Nazwa banku kredytującego: .....
Kwota zaciągniętego kredytu: .....
Okres kredytowania: .....
Zadłużenie z tyt. kredytu na dzień wypełniania wniosku: <i>(dotyczy kredytu spłacanego w ratach)</i> .....
Kwota kredytu proponowana do objęcia dofinansowaniem: .....
Kwota wnioskowanej pomocy ogółem: * .....
Okres, za który zostało naliczone oprocentowanie kredytu do dofinansowania: ** .....

<b>KREDYT Nr 2</b>
Nazwa banku kredytującego: .....
Kwota zaciągniętego kredytu: .....
Okres kredytowania: .....
Zadłużenie z tyt. kredytu na dzień wypełniania wniosku: (dotyczy kredytu spłacanego w ratach) .....
Kwota kredytu proponowana do objęcia dofinansowaniem: .....
Kwota wnioskowanej pomocy ogółem: * .....
Okres, za który zostało naliczone oprocentowanie kredytu do dofinansowania: ** .....

<b>KREDYT Nr 3</b>
Nazwa banku kredytującego: .....
Kwota zaciągniętego kredytu: .....
Okres kredytowania: .....
Zadłużenie z tyt. kredytu na dzień wypełniania wniosku: (dotyczy kredytu spłacanego w ratach) .....
Kwota kredytu proponowana do objęcia dofinansowaniem: .....
Kwota wnioskowanej pomocy ogółem: * .....
Okres, za który zostało naliczone oprocentowanie kredytu do dofinansowania: ** .....

<b>KREDYT Nr 4</b>
Nazwa banku kredytującego: .....
Kwota zaciągniętego kredytu: .....
Okres kredytowania: .....
Zadłużenie z tyt. kredytu na dzień wypełniania wniosku: (dotyczy kredytu spłacanego w ratach) .....
Kwota kredytu proponowana do objęcia dofinansowaniem: .....
Kwota wnioskowanej pomocy ogółem: * .....
Okres, za który zostało naliczone oprocentowanie kredytu do dofinansowania: ** .....

\* Kwota wnioskowanej pomocy winna zostać wyliczona zgodnie z zapisami treści § 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie pomocy finansowej udzielanej pracodawcom prowadzącym zakłady pracy chronionej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1975).

\*\* Okres winien zostać określony zgodnie z zapisami treści § 2 ust. 3, 4 i 5 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie pomocy finansowej udzielanej pracodawcom prowadzącym zakłady pracy chronionej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1975).

## VII. Wymagane dokumenty do wniosku:

1. Kserokopia dokumentu potwierdzającego status prawny zakładu (nie starszego niż 3 miesiące lub oświadczenie, że przesyłany dokument jest aktualny na dzień składania wniosku).
2. Kserokopia dokumentu potwierdzającego dane (numer NIP, PKD).
3. Kserokopia aktualnej decyzji o nadaniu statusu zakładu pracy chronionej.
4. Potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopie zawartych umów kredytowych.
5. Informację z banku kredytującego o wysokości odsetek, jakie pracodawca zapłaci z tytułu zaciągniętych kredytów za okres wskazany we wniosku, za który zostanie naliczone oprocentowanie kredytów do dofinansowania, wraz z informacją o wysokości stopy procentowej przyjętej do wyliczenia odsetek,
6. Informacja dotycząca zaciągniętych kredytów inwestycyjnych przeznaczonych na:
  - ✓ zakup gruntów, nieruchomości wraz z ich remontem lub remont obiektów własnych – oświadczenie, że grunty/nieruchomości będą przeznaczone na prowadzenie zakładu pracy chronionej (w przypadku, gdy ich lokalizacja nie jest ujęta w decyzji o nadaniu zakładu pracy chronionej) oraz że nie są/nie będą wynajmowane. W przypadku ich wynajmu należy określić % wynajmowanej powierzchni w stosunku do powierzchni całkowitej,
  - ✓ na zakup samochodów – oświadczenie, jakich samochodów dotyczy zakup wraz kserokopiami dowodów rejestracyjnych.
7. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, którego wzór określa załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2010 nr 53 poz. 311 z późn. zm.).

<b>OŚWIADCZENIE</b>	
<b>Oświadczam, że wszystkie podane we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym.</b>	
Pieczeń Pracodawcy	..... <i>Data i podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Pracodawcy</i>

## WYPEŁNIA PFRON

**Sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym  
Wniosek przyjęto jako kompletny na dzień:**

.....

.....  
*Data i podpis pracownika PFRON*