Załącznik nr 1 do procedur realizacji programu „STABILNE ZATRUDNIENIE”

*Wypełnia PFRON:*

|  |  |
| --- | --- |
| Wniosek złożono:w....................................................................................PFRONw dniu............................................................................ | Nr sprawy: |
|  |

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie w ramach modułu I „Instytucje” programu „STABILNE ZATRUDNIENIE – osoby niepełnosprawne w administracji i służbie publicznej”**

Uprawnionymi do złożenia wniosku są:

1. instytucje publiczne (organy i instytucje, wykonujące zadania z zakresu administracji publicznej);
2. jednostki samorządu terytorialnego (samorząd gminny, samorząd powiatowy, samorząd województwa), na rzecz następujących jednostek:
3. urzędów gminy lub jednostek pomocniczych gminy lub jednostek organizacyjnych gminy zaliczanych do sektora finansów publicznych,
4. starostw powiatowych lub jednostek organizacyjnych powiatu zaliczanych do sektora finansów publicznych,
5. urzędów marszałkowskich lub wojewódzkich samorządowych jednostek organizacyjnych zaliczanych do sektora finansów publicznych,

z wyłączeniem przedsiębiorstw, instytutów badawczych, banków i spółek prawa handlowego;

1. państwowe oraz samorządowe instytucje kultury.

Przed przystąpieniem do wypełniania wniosku należy zapoznać się z programem oraz procedurami realizacji programu „STABILNE ZATRUDNIENIE – osoby niepełnosprawne w administracji i służbie publicznej”, w szczególności z kryteriami oceny formalnej i merytorycznej wniosków.

**Informacje o programie: www.pfron.org.pl – zakładka „O Funduszu – Programy i zadania PFRON”.**

Wniosek należy wypełnić komputerowo. Każda strona wniosku musi być ponumerowana i parafowana przez Wnioskodawcę. Należy wypełnić poszczególne punkty wniosku lub wpisać „nie dotyczy”.

|  |
| --- |
| **Część A wniosku: Dane i informacje o Wnioskodawcy** |

**1. Nazwa i adres Wnioskodawcy**

|  |
| --- |
| Pełna nazwa: |
|  |  |  |  |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Ulica | Nr posesji |
|  |  |  |  |
| Gmina | Powiat | Województwo | Nr kierunkowy |
|  |  |  |  |
| Nr telefonu stacjonarnego | Nr telefonu komórkowego | adres http://www | e-mail |

2. Osoby uprawnione do reprezentowania Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem pełnionej funkcji, które są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy. W przypadku większej liczby upoważnionych osób należy dodać kolejne wiersze.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Funkcja |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

3. Osoby upoważnione do składania wyjaśnień dotyczących wniosku

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Nr telefonu stacjonarnego (wraz kierunkowym) lub komórkowego | e-mail |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

**4. Informacje o Wnioskodawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| Status prawny: |  |
| Organ założycielski: |  |
| REGON: |  |
| Nr identyfikacyjny NIP: |  |
| *Przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak* ***„X”*** |
| Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT: | Tak:  | Nie:  |
| Jeżeli Wnioskodawca nie jest podatnikiem podatku VAT należy podać podstawę prawną zwolnienia z podatku VAT: |
| Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:  | Tak:  | Nie dotyczy:  |
| Podstawa prawna braku możliwości obniżenia podatku:  |

|  |
| --- |
| **Część B wniosku: Informacje dotyczące działań aktywizacyjnych** |

1. Wykaz działań aktywizacyjnych, których dotyczy wniosek

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Działania aktywizacyjne | Należy zaznaczyć właściwe |
|  |  |  |  |  |
| 1. | Wyposażenie stanowisk pracy dla beneficjentów ostatecznych, odpowiednio do potrzeb wynikających z niepełnosprawności oraz charakteru zatrudnienia. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 2. | Adaptacja pomieszczeń i otoczenia zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 3. | Adaptacja lub nabycie urządzeń ułatwiających beneficjentom ostatecznym wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 4. | Zakup i autoryzacja oprogramowania na użytek beneficjentów ostatecznych oraz urządzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 5. | Szkolenia beneficjentów ostatecznych zatrudnionych w ramach programu. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 6. | Szkolenia pracowników Wnioskodawcy w zakresie umiejętności współpracy z beneficjentami ostatecznymi zatrudnionymi w ramach programu, w tym szkolenia pracowników pomagających beneficjentom ostatecznym w pracy. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 7. | Organizacja przez Wnioskodawcę (pracodawcę) dowozu beneficjentów ostatecznych z miejsca zamieszkania do zakładu pracy i powrotu. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 8. | Wypłata przez Wnioskodawcę (pracodawcę) dodatku motywacyjnego dla beneficjentów ostatecznych. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Uwaga! Pod wskazanym w programie pojęciem *„beneficjenta ostatecznego”* należy rozumieć osobę niepełnosprawną w wieku aktywności zawodowej (tj. osobę, która nie osiągnęła wieku emerytalnego) z orzeczonym znacznym, umiarkowanym lub lekkim stopniem niepełnosprawności (lub orzeczeniem równoważnym), bezrobotną lub poszukującą pracy, która nie wykonuje żadnej pracy zarobkowej (definicja obejmuje zarówno osobę zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy, jak również osobę niezarejestrowaną).

Uwaga! Działania aktywizacyjne w ramach programu mogą być prowadzone również na rzecz beneficjentów ostatecznych, z którymi Wnioskodawca zawarł umowę o pracę w okresie do 90 dni kalendarzowych poprzedzających datę złożenia wniosku do PFRON – w tej sytuacji za kwalifikowalne w ramach programu uznawane są koszty poniesione przez Wnioskodawcę od daty podpisania umowy o pracę z beneficjentem ostatecznym. Postanowienia dotyczą osób, które w okresie poprzedzającym zatrudnienie u Wnioskodawcy były bezrobotne lub poszukujące pracy i nie wykonywały żadnej pracy zarobkowej. Działania aktywizacyjne mogą być prowadzone zarówno na rzecz osób zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy, jak również osób niezarejestrowanych.

2. Termin działań aktywizacyjnych. Liczba beneficjentów ostatecznych

|  |  |
| --- | --- |
| Rozpoczęcie działań aktywizacyjnych *(planowany termin rozpoczęcia pierwszego z zaplanowanych działań)* – dzień, miesiąc, rok |  |
| Zakończenie działań aktywizacyjnych *(planowany termin zakończenia ostatniego z zaplanowanych działań)* – dzień, miesiąc, rok |  |
| Liczba beneficjentów ostatecznych, których dotyczy wniosek |  |

3. Jednostki organizacyjne Wnioskodawcy realizujące działania aktywizacyjne

Wypełnienie punktu obligatoryjne w przypadku jednostek samorządu terytorialnego występujących na rzecz urzędów, starostw, jednostek pomocniczych, jednostek organizacyjnych zaliczanych do sektora finansów publicznych. W przypadku pozostałych Wnioskodawców – obowiązek wypełnienia punktu uzależniony od przedmiotu wniosku.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy działania aktywizacyjne realizowane będą przez jednostki organizacyjne Wnioskodawcy nieposiadające osobowości prawnej:P*rzy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „X”.* | Tak:  | Nie:  |
| Informacje dotyczące poszczególnych jednostek organizacyjnych Wnioskodawcy, zaangażowanych do realizacji działań aktywizacyjnych*Należy wypełnić jeżeli działania aktywizacyjne realizowane będą przez jednostki organizacyjne Wnioskodawcy nieposiadające osobowości prawnej, w przeciwnym przypadku należy wpisać „Nie dotyczy”.* |
| **1.** | **Informacja dotycząca jednostki organizacyjnej.** |
| 1.1. | Nazwa jednostki organizacyjnej: |  |
| 1.2. | Adres jednostki organizacyjnej *(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu)*: |  |
| 1.3. | Planowana liczba beneficjentów ostatecznych zatrudnionych w jednostce: | Liczba beneficjentów ostatecznych:  |
| Łączny wymiar czasu pracy (w etatach):  |
| **2.** | **Informacja dotycząca jednostki organizacyjnej.[[1]](#footnote-1)** |
| 2.1. | Nazwa jednostki organizacyjnej: |  |
| 2.2. | Adres jednostki organizacyjnej *(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu)*: |  |
| 2.3. | Planowana liczba beneficjentów ostatecznych zatrudnionych w jednostce: | Liczba beneficjentów ostatecznych:  |
| Łączny wymiar czasu pracy (w etatach):  |

4. Opis działań aktywizacyjnych

4.1. Wyposażenie stanowisk pracy dla beneficjentów ostatecznych, odpowiednio do potrzeb wynikających z niepełnosprawności oraz charakteru zatrudnienia

|  |
| --- |
| *Jeżeli wniosek obejmuje wyposażenie kilku stanowisk pracy, pkt 1 należy wypełnić dla każdego stanowiska oddzielnie.* |
| **1.1.** | Informacja dotycząca planowanego stanowiska pracy. |
| 1.1.1. | Nazwa i adres zakładu pracy w którym planowane jest wyposażenie stanowiska pracy: |  |
| 1.1.2. | Nazwa stanowiska pracy: |  |
| 1.1.3. | Planowana liczba beneficjentów ostatecznych zatrudnionych na wyposażonym w ramach programu stanowisku pracy: | Liczba beneficjentów ostatecznych:  |
| Łączny wymiar czasu pracy (w etatach):  |
| 1.1.4. | Czy wniosek dotyczy beneficjenta ostatecznego / beneficjentów ostatecznych, z którym / którymi Wnioskodawca zawarł umowę / umowy o pracę przed dniem złożenia wniosku do PFRON *(przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak****„X”****)* | Tak:  |
| ***Jeżeli „Tak”******Uwaga!****: W przypadku większej liczby beneficjentów ostatecznych, należy wypełnić dla każdego beneficjenta osobno.* |
| Data zatrudnienia *(dzień, miesiąc, rok)*:  |
| Stopień niepełnosprawności *(znaczny, umiarkowany, lekki)*:  |
| Nie:  |
| 1.1.5. | Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy *(nazwa, ilość szt.)*: |  |
| **1.2.** | Informacja dotycząca planowanego stanowiska pracy. **[[2]](#footnote-2)** |
| 1.2.1. | Nazwa i adres zakładu pracy w którym planowane jest wyposażenie stanowiska pracy: |  |
| 1.2.2. | Nazwa stanowiska pracy: |  |
| 1.2.3. | Planowana liczba beneficjentów ostatecznych zatrudnionych na wyposażonym w ramach programu stanowisku pracy: | Liczba beneficjentów ostatecznych:  |
| Łączny wymiar czasu pracy (w etatach):  |
| 1.2.4. | Czy wniosek dotyczy beneficjenta ostatecznego / beneficjentów ostatecznych, z którym / którymi Wnioskodawca zawarł umowę / umowy o pracę przed dniem złożenia wniosku do PFRON *(przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak****„X”****)* | Tak:  |
| ***Jeżeli „Tak”******Uwaga!****: W przypadku większej liczby beneficjentów ostatecznych, należy wypełnić dla każdego beneficjenta osobno.* |
| Data zatrudnienia *(dzień, miesiąc, rok)*:  |
| Stopień niepełnosprawności *(znaczny, umiarkowany, lekki)*:  |
| Nie:  |
| 1.2.5. | Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy *(nazwa, ilość szt.)*: |  |

4.2. Adaptacja pomieszczeń i otoczenia zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych

|  |
| --- |
| *Jeżeli wniosek obejmuje adaptację pomieszczeń i otoczenia kilku zakładów pracy, pkt 2 należy wypełnić dla każdego zakładu pracy oddzielnie.* |
| **2.1.** | Informacja dotycząca planowanej adaptacji pomieszczeń i otoczenia zakładu pracy. |
| 2.1.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| 2.1.2. | Wyszczególnienie planowanych prac adaptacyjnych pomieszczeń zakładu pracy: |  |
| 2.1.3. | Wyszczególnienie planowanych prac adaptacyjnych otoczenia zakładu pracy: |  |
| 2.1.4. | Tytuł prawny do obiektu (lub charakter uprawnień do obiektu) upoważnia Wnioskodawcę do przeprowadzenia prac adaptacyjnych *(przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „X”)* | Tak:  |
| Nie:  |
| **2.2.** | Informacja dotycząca planowanej adaptacji pomieszczeń i otoczenia zakładu pracy. **[[3]](#footnote-3)** |
| 2.2.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| 2.2.2. | Wyszczególnienie planowanych prac adaptacyjnych pomieszczeń zakładu pracy: |  |
| 2.2.3. | Wyszczególnienie planowanych prac adaptacyjnych otoczenia zakładu pracy: |  |
| 2.1.4. | Tytuł prawny do obiektu (lub charakter uprawnień do obiektu) upoważnia Wnioskodawcę do przeprowadzenia prac adaptacyjnych *(przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „X”)* | Tak:  |
| Nie:  |

4.3. Adaptacja lub nabycie urządzeń ułatwiających beneficjentom ostatecznym wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy

|  |
| --- |
| *Jeżeli wniosek obejmuje adaptację lub nabycie urządzeń na potrzeby kilku zakładów pracy, pkt 3 należy wypełnić dla każdego zakładu pracy oddzielnie.* |
| **3.1.** | Informacja dotycząca planowanej adaptacji lub nabycia urządzeń ułatwiających beneficjentom ostatecznym wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy. |
| 3.1.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| 3.1.2. | Wyszczególnienie urządzeń, w przypadku których planowana jest adaptacja *(nazwa, ilość szt.)*: |  |
| 3.1.3. | Wyszczególnienie planowanych do nabycia urządzeń *(nazwa, ilość szt.)*: |  |
| **3.2.** | Informacja dotycząca planowanej adaptacji lub nabycia urządzeń ułatwiających beneficjentom ostatecznym wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy. **[[4]](#footnote-4)** |
| 3.2.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| 3.2.2. | Wyszczególnienie urządzeń, w przypadku których planowana jest adaptacja *(nazwa, ilość szt.)*: |  |
| 3.2.3. | Wyszczególnienie planowanych do nabycia urządzeń *(nazwa, ilość szt.)*: |  |

4.4. Zakup i autoryzacja oprogramowania na użytek beneficjentów ostatecznych oraz urządzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności

|  |
| --- |
| *Jeżeli wniosek obejmuje zakup oprogramowania lub urządzeń na potrzeby kilku zakładów pracy, pkt 4 należy wypełnić dla każdego zakładu pracy oddzielnie.* |
| **4.1.** | Informacja dotycząca planowanego nabycia oprogramowania lub urządzeń wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z niepełnosprawności. |
| 4.1.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| 4.1.2. | Nazwa planowanego do nabycia oprogramowania (ilość szt.): |  |
| 4.1.3. | Wyszczególnienie planowanych do nabycia urządzeń *(nazwa, ilość szt.)*: |  |
| **4.2.** | Informacja dotycząca planowanego nabycia oprogramowania lub urządzeń wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z niepełnosprawności. **[[5]](#footnote-5)** |
| 4.2.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| 4.2.2. | Nazwa planowanego do nabycia oprogramowania (ilość szt.): |  |
| 4.2.3. | Wyszczególnienie planowanych do nabycia urządzeń *(nazwa, ilość szt.)*: |  |

4.5. Szkolenia beneficjentów ostatecznych zatrudnionych w ramach programu

|  |
| --- |
| *Jeżeli wniosek obejmuję organizację kilku szkoleń, pkt 5 należy wypełnić dla każdego szkolenia oddzielnie.* |
| **5.1.** | Informacja dotycząca planowanego szkolenia dla beneficjentów ostatecznych. |
| 5.1.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| 5.1.2. | Planowana liczba beneficjentów ostatecznych zatrudnionych w ramach programu: |  |
| 5.1.3. | Nazwa szkolenia: |  |
| 5.1.4. | Opis kompetencji / umiejętności zawodowych, które zostaną nabyte w wyniku szkolenia: |  |
| **5.2.** | Informacja dotycząca planowanego szkolenia dla beneficjentów ostatecznych. **[[6]](#footnote-6)** |
| 5.2.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| 5.2.2. | Planowana liczba beneficjentów ostatecznych zatrudnionych w ramach programu: |  |
| 5.2.3. | Nazwa szkolenia: |  |
| 5.2.4. | Opis kompetencji / umiejętności zawodowych, które zostaną nabyte w wyniku szkolenia: |  |

4.6. Szkolenia pracowników Wnioskodawcy w zakresie umiejętności współpracy z beneficjentami ostatecznymi zatrudnionymi w ramach programu, w tym szkolenia pracowników pomagających beneficjentom ostatecznym w pracy

|  |
| --- |
| *Jeżeli wniosek obejmuję organizację kilku szkoleń, pkt 6 należy wypełnić dla każdego szkolenia oddzielnie.* |
| **6.1.** | Informacja dotycząca planowanego szkolenia dla pracowników Wnioskodawcy. |
| 6.1.1. | Nazwa i adres zakładu pracy, w którym zatrudniony jest pracownik/pracownicy: |  |
| 6.1.2. | Planowana liczba beneficjentów ostatecznych zatrudnionych w ramach programu: |  |
| 6.1.3. | Planowana liczba pracowników Wnioskodawcy uczestniczących w szkoleniu: |  |
| 6.1.4. | Nazwa szkolenia: |  |
| 6.1.5. | Opis umiejętności, które zostaną nabyte w wyniku szkolenia: |  |
| **6.2.** | Informacja dotycząca planowanego szkolenia dla pracowników Wnioskodawcy. **[[7]](#footnote-7)** |
| 6.2.1. | Nazwa i adres zakładu pracy, w którym zatrudniony jest pracownik/pracownicy: |  |
| 6.2.2. | Planowana liczba beneficjentów ostatecznych zatrudnionych w ramach programu: |  |
| 6.2.3. | Planowana liczba pracowników Wnioskodawcy uczestniczących w szkoleniu: |  |
| 6.2.4. | Nazwa szkolenia: |  |
| 6.2.5. | Opis umiejętności, które zostaną nabyte w wyniku szkolenia: |  |

4.7. Organizacja przez Wnioskodawcę dowozu beneficjentów ostatecznych z miejsca zamieszkania do zakładu pracy i powrotu

|  |
| --- |
| *Jeżeli wniosek obejmuje organizację dowozu beneficjentów ostatecznych na potrzeby kilku zakładów pracy, pkt 7 należy wypełnić dla każdego zakładu pracy oddzielnie.* |
| **7.1.** | Informacja dotycząca planowanego dowozu beneficjentów ostatecznych. |
| 7.1.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| 7.1.2. | Planowana liczba beneficjentów ostatecznych zatrudnionych w ramach programu: |  |
| 7.1.3. | Uzasadnienie konieczności organizacji dowozu: |  |
| **7.2.** | Informacja dotycząca planowanego dowozu beneficjentów ostatecznych. **[[8]](#footnote-8)** |
| 7.2.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| 7.2.2. | Planowana liczba beneficjentów ostatecznych zatrudnionych w ramach programu: |  |
| 7.2.3. | Uzasadnienie konieczności organizacji dowozu: |  |

4.8. Wypłata przez Wnioskodawcę dodatku motywacyjnego dla beneficjentów ostatecznych

|  |
| --- |
| *Jeżeli wniosek obejmuje wypłatę dodatku motywacyjnego przez kilku pracodawców pkt 8, należy wypełnić dla każdego pracodawcy oddzielnie.* |
| **8.1.** | Informacja dotycząca planowanej wypłaty dodatku motywacyjnego. |
| 8.1.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| 8.1.2. | Planowana liczba stanowisk pracy dla beneficjentów ostatecznych: |  |
| 8.1.3. | Planowana liczba beneficjentów ostatecznych zatrudnionych w ramach programu: |  |
| 8.1.4. | Uzasadnienie planowanej wypłaty dodatku: |  |
| **8.2.** | Informacja dotycząca planowanej wypłaty dodatku motywacyjnego. **[[9]](#footnote-9)** |
| 8.2.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| 8.2.2. | Planowana liczba stanowisk pracy dla beneficjentów ostatecznych: |  |
| 8.2.3. | Planowana liczba beneficjentów ostatecznych zatrudnionych w ramach programu: |  |
| 8.2.4. | Uzasadnienie planowanej wypłaty dodatku: |  |

|  |
| --- |
| **Część C wniosku: Budżet działań aktywizacyjnych** |

**1. Informacje ogólne**

|  |  |
| --- | --- |
| **A.** | Koszt realizacji działań aktywizacyjnych w obszarze kosztów kwalifikowalnych w programie „STABILNE ZATRUDNIENIE”: zł (słownie złotych: ) |
| **B.** | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON na realizację działań aktywizacyjnych: zł (słownie złotych: ) w tym: |
| **B.1.** | koszty bieżące: zł (słownie złotych: ) |
| **B.2.** | koszty inwestycyjne: zł (słownie złotych: ) |
| **Uwaga!** Koszty inwestycyjne kwalifikowane są zgodnie z polityką rachunkowości Wnioskodawcy. |
| **Uwaga!**Wnioskowana kwota dofinansowania **(B)** = B1 + B2Dane zawarte w pkt A-B muszą być spójne z budżetem stanowiącym załącznik do wniosku. |
| *Przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak:* ***„X”*** |
| Wnioskowany sposób przekazywania środków finansowych PFRON: | W formie zaliczki na rachunek bankowy wydzielony dla środków otrzymywanych z PFRON:  |
| Na podstawie przedłożonego przez Wnioskodawcę sprawozdania z realizacji działań aktywizacyjnych – w formie zwrotu kosztów poniesionych przez Wnioskodawcę:  |

**2. Szczegółowy budżet działań aktywizacyjnych**

Szczegółowy budżet działań aktywizacyjnych należy sporządzić zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik do wniosku.

Wymagane jest dostarczenie (wraz z wnioskiem) budżetu działań aktywizacyjnych również w wersji elektronicznej (plik MS Excel).

|  |
| --- |
| **Część D wniosku: Załączniki wymagane do wniosku** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | Załączono do wniosku *(przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak* ***„X”****)* |
| Tak | Nie |
| 1. | Budżet działań aktywizacyjnych, sporządzony zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik do wniosku. Uwaga! Wymagane jest dostarczenie budżetu działań aktywizacyjnych również w wersji elektronicznej (plik MS Excel). |  |  |
| 2. | Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione (na mocy pełnomocnictwa) do reprezentowania Wnioskodawcy. |  |  |

|  |
| --- |
| **Część E wniosku: Oświadczenia Wnioskodawcy** |

**Oświadczam, że:**

1. podane we wniosku informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym – przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
2. znane mi są postanowienia programu oraz procedur realizacji programu „STABILNE ZATRUDNIENIE – osoby niepełnosprawne w administracji i służbie publicznej”, w tym postanowienia dotyczące kwalifikowalności kosztów;
3. w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie (na stronie internetowej PFRON, w Biuletynie Informacji Publicznej, w siedzibie PFRON w miejscu przeznaczonym na zamieszczanie ogłoszeń) uchwały Zarządu PFRON lub decyzji Pełnomocników Zarządu PFRON przyznającej środki PFRON na podstawie niniejszego wniosku;
4. na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON;
5. na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przez mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
6. na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przez mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Urzędu Skarbowego;
7. na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przez mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec organów i instytucji wykonujących zadania z zakresu administracji publicznej, w tym wobec jednostek samorządu terytorialnego;
8. podczas realizacji działań aktywizacyjnych, przy przetwarzaniu danych osobowych, reprezentowany przeze mnie podmiot przestrzegać będzie obowiązków administratora danych osobowych wynikających z przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych;
9. wersja papierowa budżetu działań aktywizacyjnych jest identyczna z załączoną do wniosku wersją elektroniczną.

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

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

 *pieczątka imienna pieczątka imienna*

*podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych*

***oraz o ile dotyczy:***

Oświadczam, że reprezentowany przez mnie podmiot będąc podatnikiem podatku VAT nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony, ze względu na wyłączenie możliwości odliczenia podatku naliczonego, wynikające z obowiązujących przepisów prawa.

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

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

 *pieczątka imienna pieczątka imienna*

*podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych*

1. W przypadku większej liczby jednostek organizacyjnych należy dodać pkt 3, 4, itd. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku większej liczby stanowisk pracy należy dodać pkt 1.3., 1.4., itd. [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku większej liczby zakładów pracy należy dodać pkt 2.3., 2.4., itd. [↑](#footnote-ref-3)
4. W przypadku większej liczby zakładów pracy należy dodać pkt 3.3., 3.4., itd. [↑](#footnote-ref-4)
5. W przypadku większej liczby zakładów pracy należy dodać pkt 4.3., 4.4., itd. [↑](#footnote-ref-5)
6. W przypadku większej ilości szkoleń należy dodać pkt 5.3., 5.4., itd. [↑](#footnote-ref-6)
7. W przypadku większej ilości szkoleń należy dodać pkt 6.3., 6.4., itd. [↑](#footnote-ref-7)
8. W przypadku większej liczby zakładów pracy należy dodać pkt 7.3., 7.4., itd. [↑](#footnote-ref-8)
9. W przypadku większej liczby zakładów pracy należy dodać pkt 8.3., 8.4., itd. [↑](#footnote-ref-9)