Data wpływu wniosku do PFRON:

Nr wniosku:

*(Miejscowość i data)*

# 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

**Uwaga** – dodatkowe informacje o sposobie wypełnienia wniosku są zawarte w załączniku do wzoru wniosku.

## 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 2021 r., poz. 573), § 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 (Dz. U. z 2021 r., poz. 743) 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, ze 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).

## Dane i informacje o Pracodawcy:

1. Pełna nazwa (wpisać nazwę):
2. Adres siedziby albo miejsca zamieszkania, o ile jest on tożsamy z adresem wykonywania działalności:
   1. Województwo (wpisać województwo):
   2. Powiat (wpisać powiat):
   3. Gmina (wpisać gminę):
   4. Kod pocztowy (wpisać kod pocztowy – 5 cyfr):
   5. Miejscowość (wpisać miejscowość):
   6. Ulica: (wpisać ulicę):
   7. Numer domu (wpisać numer domu):
   8. Numer lokalu (wpisać numer lokalu, jeśli jest):
3. Identyfikator adresu:
4. Adres do korespondencji, jeżeli inny niż powyżej:
   1. Kod pocztowy (wpisać kod pocztowy – 5 cyfr):
   2. Miejscowość (wpisać miejscowość):
   3. Ulica (wpisać ulicę):
   4. Numer domu (wpisać numer domu):
   5. Numer lokalu (wpisać numer lokalu, jeśli jest):
5. Imię i nazwisko upoważnionej osoby do reprezentowania pracodawcy w sprawie (wpisać dane osoby upoważnionej):
6. Numer telefonu i faksu (wpisać numer ):
7. Adres poczty elektronicznej (wpisać adres):
8. NIP (wpisać NIP - 10 cyfr):
9. REGON (wpisać REGON – 9 cyfr):
10. PKD (wpisać kod PKD – duża litera alfabetu i 4 cyfry):
11. Nazwa banku i numer rachunku bankowego (wpisać dane):

1. Nr i data aktualnej decyzji o nadaniu statusu zpch (wpisać dane):
2. Wielkość pracodawcy:
3. Forma prawna:

## **Informacja o stanie zatrudnienia w etatach:**

|  | miesiąca | miesiąca | miesiąca | średnia kwartalna |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Stan zatrudnienia ogółem: |  |  |  |  |
| Stan zatrudnienia osób niepełnosprawnych w podziale na stopnie niepełnosprawności: |  |  |  |  |
| lekki stopnień niepełnosprawności: |  |  |  |  |
| umiarkowany stopnień niepełnosprawności: |  |  |  |  |
| znaczny stopnień niepełnosprawności: |  |  |  |  |
| Stan zatrudnienia 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/pozostałe: |  |  |  |  |
| niepełnosprawność sprzężona: |  |  |  |  |

## Oświadczenia Pracodawcy

**Pracodawca oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z przepisami/objaśnieniami zawartymi we wniosku.
2. Posiada / nie posiada (niepotrzebne skreślić) w dniu złożenia wniosku zaległości w zobowiązaniach wobec Funduszu.
3. Posiada / nie posiada (niepotrzebne skreślić) w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
4. Wszelka dokumentacja związana z dofinansowaniem w wysokości do 50% oprocentowania zaciągniętych kredytów bankowych, będzie przechowywana przez niego przez 10 lat – w przypadku uzyskania pomocy w formie dofinansowania.
5. Zalega / nie zalega (niepotrzebne skreślić) w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom.
6. Zalega / nie zalega (niepotrzebne skreślić) w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, FGŚP lub innych danin publicznych.
7. Ogłoszono / nie ogłoszono (niepotrzebne skreślić) w stosunku do niego upadłości.
8. Rozpoczęto / nie rozpoczęto (niepotrzebne skreślić) jego likwidację.
9. Zobowiązuje się do przestrzegania 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), zwanego dalej „RODO” oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781), w szczególności do spełnienia obowiązków informacyjnych wynikających z art. 13 RODO (wypełniając obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 RODO Pracodawca zobowiązany jest również do poinformowania osób, których dane zostaną wykorzystane, że ich dane osobowe zostaną przekazane do PFRON – PFRON przetwarza dane ww. osób w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji umowy przez Pracodawcę oraz w celach sprawozdawczych).
10. Zaciągnięty kredyt/zaciągnięte kredyty (niepotrzebne skreślić) na:   
    do którego/których (niepotrzebne skreślić) 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 (Dz. U. z 2021 r., poz. 573.), a w szczególności na:
11. Pracodawca oświadcza, że jest/nie jest (niepotrzebne skreślić) wykluczony z uzyskania pomocy na podstawie (Należy złożyć oświadczenie adekwatne do rodzaju prowadzonej działalności, powołując się na jedno z dwóch niżej przywołanych rozporządzeń Komisji UE):
12. 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, (niepotrzebne usunąć)
13. 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. (niepotrzebne usunąć)
14. 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 (niepotrzebne usunąć), co potwierdza stosownym zestawieniem.

*(Data)*

*(Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania pracodawcy)*

## Dane dotyczące wnioskowanej pomocy

1. Maksymalna kwota kredytu/ów objętych wnioskiem o dofinansowanie do oprocentowania kredytów bankowych:

x 55.000,00 zł = zł

*Liczba ON o znacznym stopniu niepełnosprawności (*Liczba ON w etatach, na których rehabilitację zawodową i społeczną zostały lub zostaną przeznaczone środki z kredytu/ów)

x 35.000,00 zł = zł

*Liczba ON o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (*Liczba ON w etatach, na których rehabilitację zawodową i społeczną zostały lub zostaną przeznaczone środki z kredytu/ów)

x 25.000,00 zł = zł

*Liczba ON o lekkim stopniu niepełnosprawności (*Liczba ON 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

1. Wysokość kredytu/ów: zł

## Informacje dotyczące kredytu lub kredytów bankowych objętych wnioskiem o dofinansowanie

1. **Kredyt Nr 1**
   1. Nazwa banku kredytującego:
   2. Kwota zaciągniętego kredytu:
   3. Okres kredytowania:
   4. Zadłużenie z tytułu kredytu na dzień wypełniania wniosku *(dotyczy kredytu spłacanego w ratach):*
   5. Kwota kredytu proponowana do objęcia finansowaniem:
   6. Kwota wnioskowanej pomocy ogółem:
   7. Okres, za który zostało naliczone oprocentowanie kredytu do dofinansowania:
2. **Kredyt Nr 2**
3. Nazwa banku kredytującego:
4. Kwota zaciągniętego kredytu:
5. Okres kredytowania:
6. Zadłużenie z tytułu kredytu na dzień wypełniania wniosku *(dotyczy kredytu spłacanego w ratach):*
7. Kwota kredytu proponowana do objęcia finansowaniem:
8. Kwota wnioskowanej pomocy ogółem:
9. Okres, za który zostało naliczone oprocentowanie kredytu do dofinansowania:
10. **Kredyt Nr 3**
11. Nazwa banku kredytującego:
12. Kwota zaciągniętego kredytu:
13. Okres kredytowania:
14. Zadłużenie z tytułu kredytu na dzień wypełniania wniosku *(dotyczy kredytu spłacanego w ratach):*
15. Kwota kredytu proponowana do objęcia finansowaniem:
16. Kwota wnioskowanej pomocy ogółem:
17. Okres, za który zostało naliczone oprocentowanie kredytu do dofinansowania:
18. **Kredyt Nr 4**
19. Nazwa banku kredytującego:
20. Kwota zaciągniętego kredytu:
21. Okres kredytowania:
22. Zadłużenie z tytułu kredytu na dzień wypełniania wniosku *(dotyczy kredytu spłacanego w ratach):*
23. Kwota kredytu proponowana do objęcia finansowaniem:
24. Kwota wnioskowanej pomocy ogółem:
25. Okres, za który zostało naliczone oprocentowanie kredytu do dofinansowania:

## Załączniki:

1. Odpis z właściwego dla pracodawcy rejestru lub jego kopia (nie starszy niż 3 miesiące od daty złożenia wniosku lub oświadczenie, że przesyłany dokument jest aktualny na dzień składania wniosku).
2. Kopia dokumentu potwierdzającego dane (numer NIP, PKD).
3. Kopia aktualnej decyzji o nadaniu statusu zakładu pracy chronionej.
4. Kopie zawartych umów kredytowych.
5. Informacja 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:
   1. 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,
   2. 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 r. Nr 53, poz. 311, ze zm.).
8. Inne ważne zdaniem pracodawcy dokumenty potwierdzające informacje zawarte we wniosku.

## Oświadczenie

**Oświadczam, że wszystkie podane we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym**

(Data)

(Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania pracodawcy)

**WYPEŁNIA PFRON**

Sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym

Wniosek przyjęto jako kompletny na dzień: (wstaw datę)

*(Data i podpis pracownika PFRON)*