|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu wniosku do Oddziału PFRON: ………………………….. | Nr wniosku: …………………………………. |

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

*(Miejscowość i data)*

**Oddział ……………………. PFRON**

*(proszę wpisać Oddział, do którego kierowany jest wniosek)*

**WNIOSEK**

**O REFUNDACJĘ DODATKOWYCH KOSZTÓW ZATRUDNIENIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ O WSKAŹNIKU ZATRUDNIENIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH CO NAJMNIEJ 50%**

**I. Podstawa prawna udzielania pomocy:**

Art. 32 ust. 1 pkt 2 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 2020 r., poz. 426, ze zm.), § 4-9, 10 ust. 1 pkt 2-3, ust. 4-5, 7-8, § 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).

Refundacja jest udzielana jako pomoc publiczna na rekompensatę dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych spełniająca warunki określone w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającym niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1).

**II.** **Dane i informacje o Pracodawcy:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Pełna nazwa |  |
| 2 | Adres siedziby albo miejsca zamieszkania, o ile jest on tożsamy z adresem wykonywania działalności | Województwo: …………………………………………………………………………………………………………….  Powiat: ……………..…………………………........… Gmina: ………….……………………....…….……...……  Kod pocztowy: ………..… Miejscowość: ……………………………………..…………..…………………...  Ulica: …………….………..……………………………...……....…. Nr domu: ……...... Nr lokalu: ………... |
| 3 | Identyfikator adresu[[1]](#footnote-1) |  |
| 4 | Adres do korespondencji, jeżeli inny niż powyżej | Kod pocztowy: ………….. Miejscowość: ……………..…………………………………..…………………...  Ulica: …………….………………………………………...……....…. Nr domu: ………... Nr lokalu: ……..... |
| 5 | Imię i nazwisko upoważnionej osoby do reprezentowania pracodawcy w sprawie |  |
| 6 | Numer telefonu i faksu |  |
| 7 | Adres poczty elektronicznej |  |
| 8 | NIP |  |
| 9 | REGON |  |
| 10 | PKD |  |
| 11 | Nazwa banku i numer rachunku bankowego |  |
| 12 | Nr i data aktualnej decyzji o nadaniu statusu zpch |  |
| 13 | Wielkość pracodawcy[[2]](#footnote-2) |  |
| 14 | Forma prawna[[3]](#footnote-3) |  |

**Pracodawca:[[4]](#footnote-4)**

jest podatnikiem VAT

nie jest podatnikiem VAT

**III. Informacja o stanie zatrudnienia:[[5]](#footnote-5)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | w etatach | | | |
| m-ca  ..................... | m-ca  ..................... | m-ca  .................... | 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:[[6]](#footnote-6) |  |  |  |  |
| niepełnosprawność sprzężona: |  |  |  |  |

**IV. Informacja o dodatkowych kosztach zatrudnienia osób niepełnosprawnych, w rozbiciu na kwartały roku, którego dotyczy wniosek:[[7]](#footnote-7)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Rodzaje kosztów | Kwartał I | Kwartał II | Kwartał III | Kwartał IV | RAZEM |
| [zł] | [zł] | [zł] | [zł] | [zł] |
| 1 | budowy lub przebudowy związanej z modernizacją obiektów i pomieszczeń zakładu (koszty inwestycyjne) |  |  |  |  |  |
| 2 | transportowych, w tym: |  |  |  |  |  |
| a) zakup samochodu do przewozu osób niepełnosprawnych (koszty inwestycyjne) |  |  |  |  |  |
| b) pozostałe koszty transportowe (koszty bieżące) |  |  |  |  |  |
| 3 | administracyjnych (koszty bieżące) |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |  |  |

**V. Wnioskowana kwota refundacji w zł:**

|  |
| --- |
|  |

Słownie: ...................................................................................................................................................................................................................................

**VI. Proponowane zabezpieczenie:**

|  |
| --- |
|  |

**VII. Oświadczenie Pracodawcy**

**Pracodawca oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z przepisami/objaśnieniami zawartymi we wniosku.
2. Koszty wykazane w tabeli w punkcie IV niniejszego wniosku są kosztami przewidywanymi do poniesienia w terminie od .................................... do ...............................; koszty te w przypadku poniesienia zostaną zaewidencjonowane w księgach rachunkowych przez reprezentowany przeze mnie podmiot i będą posiadały swoje dowody źródłowe. Koszty te będą jego dodatkowymi kosztami poniesionymi w związku z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych, których nie poniósłby, gdyby w miejsce osób niepełnosprawnych byłyby zatrudnione osoby nie będące niepełnosprawnymi.
3. Wykazane do refundacji w niniejszym wniosku dodatkowe koszty zatrudnienia osób niepełnosprawnych w przypadku ich poniesienia nie zostaną pokryte w części lub całości z innych środków publicznych w tym z zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych.
4. Posiada / nie posiada\* w dniu złożenia wniosku zaległości w zobowiązaniach wobec Funduszu.
5. Posiada / nie posiada\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
6. Wszelka dokumentacja związana z dodatkowymi kosztami zatrudnienia osób niepełnosprawnych, będzie przechowywana przez niego przez 10 lat – w przypadku uzyskania pomocy w formie refundacji tych kosztów.
7. Zalega / nie zalega\* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom.
8. Zalega / nie zalega\* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, FGŚP lub innych danin publicznych.
9. Ogłoszono / nie ogłoszono\* w stosunku do niego upadłości.
10. Rozpoczęto / nie rozpoczęto\* jego likwidacji.
11. 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).

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

*(Data) (Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania pracodawcy)*

**VIII. Załączniki:[[8]](#footnote-8)**

1. Odpis z właściwego dla pracodawcy rejestru, nie starszy niż 3 miesiące od daty złożenia wniosku lub jego kopia (nie starszego niż 3 miesiące 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. Informacja o otrzymanej pomocy publicznej, pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie albo informację o nieotrzymaniu pomocy ― w zakresie wynikającym z art. 37 ust. 5 ustawy dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2020 r., poz. 708) – w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia refundacją.[[9]](#footnote-9)
5. Opis dodatkowych kosztów przedstawionych we wniosku w tabeli IV.
6. Zakres planowanych robót budowlanych i termin ich zakończenia oraz koszt całkowity (w przypadku wnioskowania na ten rodzaj kosztów).
7. Dokumentacja techniczna (projektowa i kosztorysowa), z uwzględnieniem zapisów § 5 ust. 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).
8. Dokument potwierdzający tytuł prawny do budynku.
9. Kopia pozwolenia na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów.
10. Uzgodnienia w zakresie odbiorupomieszczenia lub obiektu zakładu (w przypadku wnioskowania na ten rodzaj kosztów).
11. 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:** ......................................

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

*(Data i podpis pracownika PFRON)*

Załącznik nr 5

Zestawienie kosztów refundacji

Zestawienie kosztów do refundacji należy sporządzić wg poniższego szablonu:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Informacja dotycząca kosztów do refundacji | | | | | | | | | | |
| Lp.[[10]](#footnote-10) | Typ kosztu do refundacji[[11]](#footnote-11) | Charakterystyka kosztu[[12]](#footnote-12) | Termin poniesienia kosztu (miesiąc danego roku) | Liczba osób niepełnosprawnych korzystających z przedmiotu zwrotu kosztów[[13]](#footnote-13) | Koszt ogółem[[14]](#footnote-14) | Różnica pomiędzy kosztem ogółem a kosztem, jaki musiałby ponieść pracodawca w przypadku pracowników, którzy nie są niepełnosprawni | Kwota podatku VAT podlegająca odliczeniu, obniżeniu lub zwrotowi[[15]](#footnote-15) | | pomniejszenia[[16]](#footnote-16) | Kwota do refundacji[[17]](#footnote-17) |
| A | B | C | D | E | F | G | | H | I |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| *Opis i wskazanie dokumentu potwierdzającego poniesienie kosztu – dokument musi być oznaczony i załączony do zestawienia* | | | | | | | | | |
| Suma kosztów z kolumny „I” dla typu 1 | | | | | | | |  | | |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| *Opis i wskazanie dokumentu potwierdzającego poniesienie kosztu – dokument musi być oznaczony i załączony do zestawienia* | | | | | | | | | |
| Suma kosztów z kolumny „I” dla typu 2 | | | | | | | |  | | |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| *Opis i wskazanie dokumentu potwierdzającego poniesienie kosztu – dokument musi być oznaczony i załączony do zestawienia* | | | | | | | | | |
| Suma kosztów z kolumny „I” dla typu 3 | | | | | | | |  | | |
| Suma kosztów typu 1, 2 i 3 z kolumny „I” | | | | | | | |  | | |

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

*(Data) (Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania pracodawcy)*

1. Należy podać pełne siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której pracodawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania. [↑](#footnote-ref-1)
2. Wpisując kod, należy brać pod uwagę dane na ostatni dzień roku poprzedzającego rok sprawozdawczy. Kod 1 – przedsiębiorca mały, kod 2 – przedsiębiorca średni, kod 3 inny przedsiębiorca. [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy podać kod odpowiadający formie prawnej pracodawcy: 1A – przedsiębiorstwo państwowe, 1B - jednoosobowa spółka Skarbu Państwa, 1C – jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu przepisów o gospodarce komunalnej, 1D – spółka akcyjna, albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami, które posiadają uprawnienia takie jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, 2 – pracodawca nienależący do kategorii określonych kodem 1A-1D. [↑](#footnote-ref-3)
4. Zaznaczyć właściwe pole znakiem „x”. [↑](#footnote-ref-4)
5. Przeciętny stan zatrudnienia w etatach z okresu ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie przez pracodawcę wniosku, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, wyliczony jako średnia arytmetyczna za każdy dzień od pierwszego do ostatniego dnia miesiąca – dla każdego miesiąca, a dla kwartału średnia ze średnich z tych miesięcy. [↑](#footnote-ref-5)
6. W tej pozycji należy również uwzględnić orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wydane po Wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 19.06.2018 r. (Sygn. akt SK 19/17). [↑](#footnote-ref-6)
7. Pełną informację o kosztach należy załączyć do wniosku, jako Załącznik nr 5.

   Zgodnie z rozporządzeniem refundacji podlegają następujące rodzaje kosztów:

   W przypadku kosztów budowy lub przebudowy związanej z modernizacją obiektów i pomieszczeń zakładu, kosztami kwalifikującymi się do objęcia refundacją są udokumentowane koszty zakupu materiałów oraz koszty robót budowlanych w rozumieniu przepisów Prawa budowlanego, w zakresie dotyczącym potrzeb osób niepełnosprawnych. Wartość zakupu materiałów oraz koszty robót budowlanych pomniejsza się o wartość takich samych materiałów lub robót budowlanych, które zostałyby zakupione, wykonane lub sfinansowane w związku z dostosowaniem pomieszczeń do potrzeb osób nie będących osobami niepełnosprawnymi oraz budową i przebudową związaną z modernizacją obiektów i pomieszczeń zakładu.

   W przypadku kosztów transportowych kosztami kwalifikującymi się do objęcia refundacją są udokumentowane koszty:

   zakupu, obowiązkowego ubezpieczenia oraz eksploatacji środka transportu przeznaczonego i wykorzystywanego do przewozu pracowników niepełnosprawnych, skonstruowanego lub trwale przystosowanego do przewozu co najmniej dziewięciu osób, łącznie z kierowcą, w szczególności przystosowanego do transportu osób niepełnosprawnych;

   zakupu usług transportowych w zakresie dowożenia do pracy i z pracy osób niepełnosprawnych.

   W celu udokumentowania poniesionych kosztów transportowych pracodawca prowadzi kartę eksploatacji środków transportu oraz ewidencję zużycia paliwa w odniesieniu do kosztów, o których mowa pkt 1 oraz sporządza imienną listę pracowników, korzystających ze środka transportu, o którym mowa w pkt 1, lub z usług, o których mowa w pkt 2.

   W przypadku kosztów administracyjnych, kosztami kwalifikującymi się do objęcia refundacją są udokumentowane dodatkowe koszty zatrudnienia pracowników obsługujących realizację wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r., poz. 426, ze zm.) uprawnień pracowników niepełnosprawnych oraz pracodawców, a także wykonanie szczególnych obowiązków sprawozdawczych pracodawcy bezpośrednio związanych z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych. Kwota refundacji kosztów administracyjnych nie może przekroczyć kwoty kosztów płacy pracowników należnej za czas faktycznego wykonywania dodatkowych czynności, które nie zostałyby poniesione w przypadku, gdyby pracodawca zatrudniał wyłącznie pracowników nie będących osobami niepełnosprawnymi.

   \* Niepotrzebne usunąć. [↑](#footnote-ref-7)
8. Załączniki muszą być podpisane lub poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania pracodawcy. Wymienione załączniki są obowiązkowe. Pracodawca może dołączyć, istotne jego zdaniem, dodatkowe załączniki. [↑](#footnote-ref-8)
9. Druk dotyczący informacji o otrzymanej pomocy publicznej, pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie albo informację o nieotrzymaniu pomocy - w zakresie wynikającym z art. 37 ust. 5 ustawy dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2020 r., poz. 708), znajduje się na stronie UOKiK.

   \* Niepotrzebne usunąć. [↑](#footnote-ref-9)
10. W przypadku wystąpienia większej ilości kosztów do refundacji, należy wstawić w tabeli kolejne wiersze. [↑](#footnote-ref-10)
11. W kolumnie „A” należy wpisać 1 – dla kosztów budowy lub przebudowy związanej z modernizacją obiektów i pomieszczeń zakładu, 2 – dla kosztów transportowych, 3 – dla kosztów administracyjnych. [↑](#footnote-ref-11)
12. W kolumnie „B” należy dokładnie opisać koszt. [↑](#footnote-ref-12)
13. W kolumnie „D” należy wykazać liczbę osób w przeliczeniu na etaty. [↑](#footnote-ref-13)
14. W kolumnie „E” należy wpisać całkowity planowany koszt przedsięwzięcia, usługi lub materiałów. [↑](#footnote-ref-14)
15. W kolumnie „G” należy wpisać VAT w odniesieniu do kosztów z kolumny „F”. [↑](#footnote-ref-15)
16. W kolumnie „H” należy wpisać kwotę kosztów finansowanych ze środków publicznych, jeżeli taka sytuacja ma miejsce, o którą należy pomniejszyć kwotę kosztów do refundacji. [↑](#footnote-ref-16)
17. Kol. „I” = kol. „F” – kol. „G” – kol. „H”. [↑](#footnote-ref-17)