# UMOWA NR RDK/ / /D

zawarta w dniu w . pomiędzy:

**Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych** z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II nr 13, zwanym dalej „**PFRON**”, reprezentowanym przez Pełnomocników PFRON w (wpisać nazwę) Oddziale PFRON:

- Pełnomocnik PFRON,

- Pełnomocnik PFRON,

a:

(wpisać nazwę) z siedzibą w (wpisać miasto) przy ul. (wpisać nazwę) wpisanym do rejestru (ewidencji) pod numerem (wpisać numer), zwanym dalej „**Pracodawcą**”*,* reprezentowanym przez:

(wpisać dane),

(wpisać dane),

o następującej treści:

## §1

Pracodawca oświadcza, że:

1. wystąpił do PFRON z wnioskiem z dnia (wpisać datę) o refundację dodatkowych kosztów wynikających z zatrudnienia osób niepełnosprawnych, które zostaną poniesione w terminie od (wpisać datę)   
   do (wpisać datę),
2. posiada status zakładu pracy chronionej zgodnie z decyzją nr . z dnia  (wpisać numer i datę aktualnej decyzji),
3. nie posiada zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON,
4. nie zalega z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom,
5. nie zalega z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych ani innych danin publicznych,
6. nie ogłoszono w stosunku do niego upadłości,
7. nie rozpoczęto jego likwidacji,
8. w prowadzonym przez niego zakładzie pracy chronionej stan zatrudnienia (Przeciętny stan zatrudnienia w etatach z okresu ostatnich trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 umowy, 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) w etatach wynosi:
9. ogółem: (wpisać liczbę),
10. osób niepełnosprawnych: (wpisać liczbę)

w podziale na stopień niepełnosprawności:

* 1. lekki stopnień niepełnosprawności: (wpisać liczbę),
  2. umiarkowany stopnień niepełnosprawności: (wpisać liczbę),
  3. znaczny stopnień niepełnosprawności: (wpisać liczbę)

## § 2

1. PFRON zobowiązuje się wypłacić Pracodawcy środki w kwocie zł (wpisz kwotę cyframi), (słownie: ),  
   w celu refundacji dodatkowych kosztów jakie wynikają bezpośrednio z zatrudnienia osób niepełnosprawnych, a których poniesienie przewiduje Pracodawca w terminie (wstaw termin) , zwanej dalej „refundacją”, na warunkach określonych w niniejszej umowie.
2. PFRON zobowiązuje się do co najmniej jednokrotnego zweryfikowania prawidłowości realizacji warunków umowy przez Pracodawcę w czasie obowiązywania umowy.
3. Refundacji będą podlegały koszty:
   1. budowy lub przebudowy związanej z modernizacją obiektów i pomieszczeń zakładu (koszty inwestycyjne), w kwocie nie wyższej niż . zł, (słownie: ) *(o ile dotyczy)*,
   2. transportowe, w kwocie nie wyższej niż . . zł (słownie: . ), w tym: zł na zakup samochodu do przewozu osób niepełnosprawnych (koszty inwestycyjne), zł na koszty eksploatacyjne (koszty bieżące) *(o ile dotyczy)*,
   3. administracyjne (koszty bieżące), w kwocie nie wyższej niż zł (słownie: ) *(o ile dotyczy)*.
4. Refundacja obejmuje kwotę podatku od towarów i usług, w stosunku do której – zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2021 r., poz. 685, ze zm.) podatnikowi nie przysługuje prawo do obniżenia kwoty podatku należnego lub zwrotu różnicy podatku.
5. Koszty określone w ust. 3 pkt 1 dotyczą robót budowlanych w zakresie *(o ile dotyczy)*  , które zostaną zakończone w terminie
6. Odbiór obiektu / pomieszczenia *(niepotrzebne skreślić)* zostanie dokonany w sposób *(o ile dotyczy)* w terminie
7. Zestawienie kosztów określonych w ust. 3 stanowi załącznik nr 1 do umowy.

## § 3

PFRON wypłaci refundację w transzach kwartalnych, zgodnie z poniższym wyszczególnieniem:

1. za I kwartał (wpisać rok cyframi) roku w przypadku rozliczenia kosztów poniesionych w I kwartale z tytułu:
2. budowy lub przebudowy związanej z modernizacją obiektów i pomieszczeń zakładu (koszty inwestycyjne), w kwocie nie wyższej niż (wstaw kwotę) zł (słownie: ),
3. transportowych, w kwocie nie wyższej niż zł (słownie: ), w tym: (wpisać kwotę) zł na zakup samochodu do przewozu osób niepełnosprawnych (koszty inwestycyjne), zł na koszty eksploatacyjne (koszty bieżące),
4. administracyjnych (koszty bieżące), w kwocie nie wyższej niż . zł (słownie: );
5. za II kwartał (wpisać rok cyframi) roku w przypadku rozliczenia kosztów poniesionych w II kwartale z tytułu:
   1. budowy lub przebudowy związanej z modernizacją obiektów i pomieszczeń zakładu (koszty inwestycyjne), w kwocie nie wyższej niż (wpisać kwotę) zł (słownie: ),
   2. transportowych, w kwocie nie wyższej niż (wpisać kwotę) zł (słownie: ), w tym: (wpisać kwotę) zł   
      na zakup samochodu do przewozu osób niepełnosprawnych (koszty inwestycyjne), (wpisać kwotę) zł na koszty eksploatacyjne (koszty bieżące),
   3. administracyjnych (koszty bieżące), w kwocie nie wyższej niż zł (słownie: );
6. za III kwartał (wpisać rok cyframi) roku w przypadku rozliczenia kosztów poniesionych w III kwartale z tytułu:
   * 1. budowy lub przebudowy związanej z modernizacją obiektów i pomieszczeń zakładu (koszty inwestycyjne), w kwocie nie wyższej niż zł (słownie: ),
     2. transportowych, w kwocie nie wyższej niż zł (słownie: ), w tym: (wpisać kwotę) zł na zakup samochodu do przewozu osób niepełnosprawnych (koszty inwestycyjne), (wpisać kwotę) zł na koszty eksploatacyjne (koszty bieżące);
     3. administracyjnych (koszty bieżące), w kwocie nie wyższej niż (wpisać kwotę) zł (słownie: );
7. za IV kwartał (wpisać rok cyframi) roku w przypadku rozliczenia kosztów poniesionych w IV kwartale z tytułu:
   * 1. budowy lub przebudowy związanej z modernizacją obiektów i pomieszczeń zakładu (koszty inwestycyjne), w kwocie nie wyższej niż zł (wpisać kwotę)(słownie: ),
     2. transportowych, w kwocie nie wyższej niż (wpisać kwotę) zł (słownie: ) w tym: zł na zakup samochodu do przewozu osób niepełnosprawnych (koszty inwestycyjne), . zł na koszty eksploatacyjne (koszty bieżące),
     3. administracyjnych (koszty bieżące), w kwocie nie wyższej niż zł (wpisać kwotę)(słownie: ).

## § 4

1. Pracodawca złoży w (wpisać nazwę Oddziału) Oddziale PFRON, w terminie nie dłuższym niż do końca drugiego miesiąca następującego po rozliczanym kwartale, „Wystąpienie o wypłatę transzy refundacji dodatkowych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych” zwane dalej „wystąpieniem”,wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do umowy.
2. PFRON, w czasie nie dłuższym niż 21 dni od wpłynięcia wystąpienia, wezwie Pracodawcę do:
3. wyjaśnienia błędów i niejasności, jeśli takie stwierdzi w wystąpieniu,
4. nadesłania brakujących dokumentów potwierdzających poniesienie kosztów, przedstawionych do refundacji.
5. W ciągu 7 dni od otrzymania wezwania Pracodawca jest zobowiązany do udzielenia odpowiedzi.

## § 5

Warunkiem wypłaty transzy refundacji przez PFRON jest:

1. złożenie w terminie prawidłowo sporządzonego wystąpienia – zgodnie z objaśnieniami zawartymi we wzorze wystąpienia,
2. nienaruszenie warunków umowy.

## § 6

1. PFRON wypłaci transzę refundacji nie później niż w ciągu 21 dni od dnia złożenia prawidłowo sporządzonego i zaakceptowanego przez PFRON wystąpienia.
2. Wypłata transz refundacji będzie dokonywana przez PFRON na rachunek bankowy Pracodawcy w (wstaw nazwę banku) nr (wstaw numer rachunku).

## § 7

Pracodawca zobowiązuje się do:

1. nieposiadania zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON w czasie obowiązywania umowy,
2. niezmniejszenia średniego kwartalnego stanu zatrudnienia osób niepełnosprawnych o więcej niż 10% w stosunku do średniego kwartalnego stanu zatrudnienia osób niepełnosprawnych określonego w § 1 pkt 8 umowy, z zastrzeżeniem, że wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w każdym miesiącu nie może być niższy niż 50%, w czasie obowiązywania umowy,
3. niezalegania z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom lub opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych lub innych danin publicznych, w czasie obowiązywania umowy,
4. udokumentowania realizacji umowy na wezwanie PFRON,
5. umożliwienia PFRON, na jego wezwanie, zweryfikowania prawidłowości realizacji warunków umowy przez pracodawcę, w czasie obowiązywania umowy,
6. informowania PFRON o wszelkich zmianach dotyczących realizacji umowy, w terminie 7 dni od dnia wystąpienia tych zmian,
7. rozliczenia otrzymanej pomocy w sposób i terminach określonych w umowie,
8. zwrotu refundacji w przypadku:
9. naruszenia co najmniej jednego z warunków umowy,
10. zbycia środków trwałych objętych refundacją lub utraty statusu zakładu pracy chronionej – w części, która nie została pokryta odpisami amortyzacyjnymi, ustalonymi przy zastosowaniu stawek amortyzacyjnych wynikających z Wykazu rocznych stawek amortyzacyjnych na dzień zbycia tych środków,
11. umieszczenia w widocznym miejscu na pojeździe informacji (w postaci naklejki przekazanej przez PFRON) o dofinansowaniu zakupu pojazdu ze środków PFRON, wraz z logo PFRON. Pracodawca zobowiązuje się do przestrzegania zasad określonych w „Katalogu identyfikacji wizualnej PFRON”, zamieszczonym na stronie internetowej PFRON: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl),
12. składania załącznika nr 3 do umowy w zakresie spełniania przez Pracodawcę warunków wynikających z pkt 1-3, w terminie do końca drugiego miesiąca następującego po kwartale w okresie obowiązywania umowy,
13. zabezpieczenia zwrotu refundacji w formie hipoteki / poręczenia / weksla z poręczeniem wekslowym (aval) / gwarancji bankowej / zastawu na prawach lub rzeczach / blokady rachunku bankowego / przelewu wierzytelności na zabezpieczenie / aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji przez dłużnika.(należy wybrać zabezpieczenie)

## § 8

1. W przypadku niewykonania przez Pracodawcę zobowiązań określonych w umowie lub podania przez Pracodawcę danych we wniosku oraz oświadczeń w umowie niezgodnych z rzeczywistym stanem:
2. PFRON ma prawo rozwiązać umowę z zachowaniem 14-dniowego okresu wypowiedzenia,
3. przekazana przez PFRON refundacja podlega zwrotowi wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia jej otrzymania, w terminie 3 miesięcy od daty otrzymania z Funduszu wezwania.
4. Za datę otrzymania wezwania uznaje się datę potwierdzenia odbioru przesyłki poleconej wysłanej na adres Pracodawcy lub datę drugiego awizowania tej przesyłki.
5. W przypadku braku zwrotu refundacji, PFRON podejmie kroki w kierunku odzyskania udzielonej refundacji poprzez wydanie decyzji nakazującej zwrot zgodnie z zapisami w art. 49e ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r., poz. 573).

## § 9

Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

## § 10

Pracodawca będzie przechowywał przez 10 lat od zawarcia umowy dokumentację z nią związaną, pozwalającą na sprawdzenie zgodności przyznanej refundacji z przepisami rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie pomocy finansowej udzielanej zakładom pracy chronionej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1975).

## § 11

Pracodawca zobowiązany jest do przestrzegania 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), zwanego dalej „RODO” oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781), w szczególności 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 celu sprawozdawczych).

## § 12

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową, mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r., poz. 573) oraz 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).

## § 13

Wszelkie spory wynikłe z umowy podlegają rozpatrzeniu przez sąd właściwy dla siedziby Oddziału PFRON w (wstaw siedzibę)

## § 14

1. Strony ustalają, że umowa obowiązuje od (wstaw datę) do (wstaw datę) (W przypadku umów dotyczących wyłącznie refundacji kosztów bieżących, okres obowiązywania umowy nie powinien wykraczać poza rok, którego dotyczy refundacja. W przypadku umów obejmujących refundację kosztów inwestycyjnych, okres obowiązywania umowy w zakresie kosztów inwestycyjnych powinien biec do czasu amortyzacji środka trwałego, jednak nie dłużej niż 5 lat od dnia zawarcia umowy, natomiast w zakresie refundacji kosztów bieżących, okres obowiązywania umowy nie powinien wykraczać poza rok, którego dotyczy refundacja.),

2.Rozliczenie pomocy przyznanej w (wstaw rok cyframi) roku nastąpi do (wstaw rok cyframi).

## § 15

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Pracodawcy i jeden dla PFRON.

PFRON

PRACODAWCA

Załącznik nr 2

do umowy nr RDK/ / /D

*(Data wpływu wystąpienia do PFRON)*

*(Miejscowość i data)*

## WYSTĄPIENIE o wypłatę (wstaw numer transzy) transzy refundacji dodatkowych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych zgodnie z umową nr (wstaw numer umowy) z dnia (wstaw datę)

### I. Dane pracodawcy:

1. Pełna nazwa: (wpisać pełna nazwę pracodawcy): ,
2. Adres siedziby albo miejsca zamieszkania, o ile jest on tożsamy z adresem wykonywania działalności:
   1. Województwo: (wpisz województwo) ,
   2. Powiat: (wpisz powiat) ,
   3. Gmina: (wpisz gminę) ,
   4. Kod pocztowy: (wpisz kod pocztowy) ,
   5. Miejscowość: (wpisz miejscowość) ,
   6. Ulica: (wpisz ulicę) ,
   7. Nr domu: (wpisz numer domu) ,
   8. Nr lokalu: (wpisz numer lokalu) .

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

Uwaga - Przeciętny stan zatrudnienia w etatach w kwartale, którego dotyczy wystąpienie pracodawcy o wypłatę transzy refundacji, 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

|  | miesiąca (wstaw miesiąc) | miesiąca   (wstaw miesiąc) | miesiąca (wstaw miesiąc) | średnia kwartalna |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Stan zatrudnienia ogółem: |  |  |  |  |
| Stan zatrudnienia osób niepełnosprawnych w podziale na stopnie niepełnosprawności: |  |  |  |  |
| lekki stopnień niepełnosprawności: |  |  |  |  |
| umiarkowany stopnień niepełnosprawności: |  |  |  |  |
| znaczny stopnień niepełnosprawności: |  |  |  |  |

### III. Informacja o dodatkowych kosztach zatrudnienia osób niepełnosprawnych poniesionych w (wstaw numer kwartału) kwartale (wstaw rok) roku:

| Lp. | Rodzaje kosztów | miesiąca  (wstaw miesiąc) | miesiąca  (wstaw miesiąc) | miesiąca  (wstaw miesiąc) | RAZEM w zł (wstaw kwotę) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | budowy lub przebudowy związanej z modernizacją obiektów i pomieszczeń zakładu (koszty inwestycyjne) w zł (wstaw kwotę) |  |  |  |  |
| 2 | transportowych w zł (wstaw kwotę), w tym: |  |  |  |  |
| a) zakup samochodu do przewozu osób niepełnosprawnych (koszty inwestycyjne) w zł (wstaw kwotę) |  |  |  |  |
| b) pozostałe koszty transportowe (koszty bieżące) w zł (wstaw kwotę) |  |  |  |  |
| 3 | administracyjnych (koszty bieżące) w zł (wstaw kwotę) |  |  |  |  |
|  | RAZEM w zł (wstaw kwotę) |  |  |  |  |

### IV. Wystąpienie o wypłatę transzy refundacji za (wstaw numer kwartału) kwartał (wstaw rok cyframi) roku w zł:

(wstaw kwotę) zł

słownie: . , w tym koszty inwestycyjne (wstaw kwotę), koszty bieżące (wstaw kwotę)

(Data)

(Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania pracodawcy)

### V. Oświadczenie Pracodawcy

Pracodawca oświadcza, że:

1. Wszystkie informacje podane w niniejszym wystąpieniu o wypłatę transzy refundacji dodatkowych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych za (wstaw cyfrę kwartału) kwartał (wstaw rok cyframi) roku,   
   w kwocie (wstaw kwotę), słownie: ) są zgodne ze stanem rzeczywistym.
2. Koszty wykazane w tabeli w punkcie III niniejszego wystąpienia zostały poniesione w (wstaw cyfrę kwartału) kwartale (wstaw rok cyframi) roku.

Koszty te są zaewidencjonowane w księgach rachunkowych / księdze przychodów i rozchodów (niewłaściwe skreślić) prowadzonych przez Pracodawcę w sposób umożliwiający ich jednoznaczną identyfikację. Koszty te są dodatkowymi kosztami poniesionymi w związku z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych, których Pracodawca nie poniósłby, gdyby w miejsce osób niepełnosprawnych byłyby zatrudnione osoby nie będące niepełnosprawnymi.

1. Wykazane do refundacji w niniejszym wystąpieniu dodatkowe koszty zatrudnienia osób niepełnosprawnych nie zostały pokryte z innych środków publicznych w tym z zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych.

(Data)

(Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania pracodawcy)

### VI. Załączniki:

1. Szczegółowe zestawienie i opis poniesionych kosztów przedstawionych w wystąpieniu o wypłatę transzy refundacji w tabeli III, które pracodawca przedstawia do refundacji.
2. Dokumenty potwierdzające poniesienie kosztów i dokonanie wydatków z nimi związanych. Dokumenty te mogą być kopiami potwierdzonymi przez pracodawcę za zgodność z oryginałem.

Uwaga - Jako dokumenty dowodzące poniesienie kosztów dopuszcza się przedstawienie kopii oryginałów dokumentów potwierdzających faktyczne poniesienie kosztów. Kopie muszą być podpisane za zgodność z oryginałem. Dokumenty te muszą być jednoznacznie i przejrzyście identyfikowane z zestawieniem kosztów

Załącznik nr 3

do umowy nr RDK/ / /D

## Oświadczenie o spełnieniu warunków wynikających z § 7 pkt 1-3 i 8 umowy

Oświadczam, że od dnia (wstaw datę) do dnia (wstaw datę) spełniałem warunki umowy określone w § 7 pkt 1-3 i 8 umowy, tj.:

1. nie posiadam/y zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON w czasie obowiązywania umowy,
2. nie zmniejszyłem/liśmy średniego kwartalnego stanu zatrudnienia osób niepełnosprawnych o więcej niż 10% w stosunku do średniego kwartalnego stanu zatrudnienia osób niepełnosprawnych określonego w § 1 pkt 8 umowy,
3. wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w każdym miesiącu nie był niższy niż 50% w czasie obowiązywania umowy,
4. nie zalegam/y z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom lub opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych lub innych danin publicznych, w czasie obowiązywania umowy,
5. nie nastąpiło zbycie środków trwałych objętych refundacją lub nie nastąpiła utrata statusu zakładu pracy chronionej – w części, która nie została pokryta odpisami amortyzacyjnymi, ustalonymi przy zastosowaniu stawek amortyzacyjnych wynikających z Wykazu rocznych stawek amortyzacyjnych na dzień zbycia tych środków.

(Data)

(Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania pracodawcy)