Data wpływu wniosku /PFRON:

Nr wniosku:

 (Miejscowość i data)

Oddział PFRON

(proszę wpisać Oddział, do którego kierowany jest wniosek)

# WNIOSEKo refundację dodatkowych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych w zakładzie pracy chronionej o wskaźniku zatrudnienia osób niepełnosprawnych co najmniej 50%

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

## 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. 573), § 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).

## 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:
4. Pracodawca jest podatnikiem VAT/ nie jest podatnikiem VAT (niepotrzebne skreślić).

## 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: |  |  |  |  |

## **Informacja o dodatkowych kosztach zatrudnienia osób niepełnosprawnych, w rozbiciu na kwartały roku, którego dotyczy wniosek**

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

## Wnioskowana kwota refundacji w zł:

 zł (wpisz kwotę)

Słownie:

## Proponowane zabezpieczenie:

## 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 (wstaw datę) do (wstaw datę); 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 (niepotrzebne usunąć) w dniu złożenia wniosku zaległości w zobowiązaniach wobec Funduszu.
5. Posiada / nie posiada (niepotrzebne usunąć) 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(niepotrzebne usunąć) w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom.
8. Zalega / nie zalega(niepotrzebne usunąć) 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 (niepotrzebne usunąć) w stosunku do niego upadłości.
10. Rozpoczęto / nie rozpoczęto (niepotrzebne usunąć) 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)

## **Załączniki**

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 2021 r., poz. 743) – w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia refundacją.
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: (wstaw datę)

*(Data i podpis pracownika PFRON)*

Załącznik nr 5

Zestawienie kosztów refundacji

## Informacja dotycząca kosztów do refundacji

| Lp. | Typ kosztu | Charakterystyka kosztu | Termin poniesienia kosztu (miesiąc danego roku) | Liczba osób niepełnosprawnych korzystających z przedmiotu zwrotu kosztów | Koszt ogółem | 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 | Pomniejszenia | Kwota do refundacji |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C | D | E | F | G | H | I |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Suma kosztów z kolumny I dla typu 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Suma kosztów z kolumny I dla typu 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 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)