Data wpływu wniosku /PFRON:

Nr wniosku:

 (Miejscowość i data)

Oddział PFRON

(wpisać Oddział, do którego kierowany jest wniosek)

# Wnioseko refundację dodatkowych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych w zakładzie pracy chronionej lub przedsiębiorstwie społecznym, o wskaźniku zatrudnienia osób niepełnosprawnych co najmniej 50%

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

## 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 (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 lub nazwa kasy oszczędnościowo- kredytowej i numer rachunku (wpisać dane):

1. Nr i data aktualnej decyzji o nadaniu statusu zakładu pracy chronionej /statusu przedsiębiorstwa społecznego (niepotrzebne usunąć): nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (wpisać numer) z dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (wpisać datę),
2. Wielkość pracodawcy:
3. Forma prawna:

## Informacja o stanie zatrudnienia w etatach:

| Zatrudnienie | 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: |  |  |  |  |

## **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:

 zł (wpisz kwotę)

## Proponowane zabezpieczenie zwrotu pomocy:

hipoteka/poręczenie/przelew wierzytelności na zabezpieczenie/weksel z poręczeniem wekslowym (awal)/gwarancja bankowa/zastaw na prawach/zastaw na rzeczach/blokada rachunku bankowego/ blokada rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej/akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika (należy wybrać jedną formę).

## **Załączniki**

1. Kopia lub odwzorowanie cyfrowe aktualnej decyzji o nadaniu statusu zakładu pracy chronionej lub statusu przedsiębiorstwa społecznego.
2. 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 – w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia refundacją.
3. Opis dodatkowych kosztów przedstawionych we wniosku w tabeli.
4. Zakres planowanych robót budowlanych i termin ich zakończenia oraz koszt całkowity (w przypadku wnioskowania na ten rodzaj kosztów).
5. Dokumentacja techniczna (projektowa i kosztorysowa), z uwzględnieniem zapisów § 5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 18 lipca 2023 r. w sprawie pomocy finansowej udzielanej pracodawcom prowadzącym zakłady pracy chronionej lub pracodawcom będącym przedsiębiorstwami społecznymi ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
6. Kopia lub odwzorowanie cyfrowe dokumentu potwierdzającego tytuł prawny do budynku.
7. Kopia lub odwzorowanie cyfrowe pozwolenia na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów.
8. Uzgodnienia w zakresie odbiorupomieszczenia lub obiektu zakładu (w przypadku wnioskowania na ten rodzaj kosztów).
9. Inne ważne zdaniem pracodawcy dokumenty potwierdzające informacje zawarte we wniosku.

## Oświadczenie Pracodawcy

Pracodawca oświadcza, że:

1. Wszystkie podane we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Zapoznał się z przepisami/objaśnieniami zawartymi we wniosku.
3. Koszty wykazane w tabeli w niniejszym 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.
4. 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.
5. Posiada / nie posiada (niepotrzebne usunąć) w dniu złożenia wniosku zaległości w zobowiązaniach wobec Funduszu.
6. Posiada / nie posiada (niepotrzebne usunąć) w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
7. 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.
8. Zalega / nie zalega(niepotrzebne usunąć) w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom.
9. Zalega / nie zalega(niepotrzebne usunąć) w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych lub innych danin publicznych.
10. Ogłoszono / nie ogłoszono (niepotrzebne usunąć) w stosunku do niego upadłości.
11. Rozpoczęto / nie rozpoczęto (niepotrzebne usunąć) jego likwidacji.
12. 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, 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)

Załącznik nr 3

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)