Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia … (Dz. U. poz….)

Załącznik nr 1

*WZÓR*

|  |  |
| --- | --- |
| Rzeczpospolita Polska | **Wniosek przedsiębiorstwa społecznego lub spółdzielni socjalnej o przyznanie i wypłatę środków na utworzenie stanowiska pracy i finansowanie kosztów płacy osób niepełnosprawnych** |
|   | *O środki na utworzenie stanowiska pracy i finansowanie kosztów płacy osób niepełnosprawnych mogą wnioskować przedsiębiorstwo społeczne lub spółdzielnia socjalna.*  |
|  | Składający ❑ spółdzielnia socjalna / ❑ przedsiębiorstwo społeczne. |
| 🛈 | *Wniosek składa się do starosty właściwego ze względu na miejsce zarejestrowania osoby niepełnosprawnej w powiatowym urzędzie pracy.*  |
| **Dane ewidencyjne i adres składającego** |
|  | Składający:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ulica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Nr domu:\_\_\_\_\_\_ Nr lokalu:\_\_\_\_\_\_ Miejscowość:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kod pocztowy:└──┴──┘–└──┴──┴──┘Poczta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NIP:└──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┘ REGON: └──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┘  |
| **Wnioskowana kwota**  |
|  Wnioskuję o wypłatę środków w kwocie └──┴──┴──┴──┴──┘**,**└──┴──┘zł. Proszę przekazać przyznane środki na rachunek bankowy nr: **└──┴──┘ └──┴──┴──┴──┘ └──┴──┴──┴──┘ └──┴──┴──┴──┘ └──┴──┴──┴──┘ └──┴──┴──┴──┘ └──┴──┴──┴──┘**. |
| **Informacje o przeznaczeniu środków** |
| **1** | **Dane dotyczące stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej** |
|  | **Charakterystyka stanowiska pracy.** Proszę podać nazwę stanowiska pracy, jego lokalizację, wyszczególnienie wyposażenia, liczbę osób obsługujących stanowisko pracy na jednej zmianie, czy stanowisko będzie wykorzystywane w pracy zmianowej a jeśli tak, to proszę o podanie liczby zmian: |
|  |  |
|  | **Informacje dotyczące niepełnosprawnego pracownika.** Proszę opisać operacje i czynności wykonywane na wyposażonym stanowisku pracy, wymagane kwalifikacje i umiejętności pracownika niepełnosprawnego oraz planowany wymiar etatu zatrudnianego pracownika.  |
|  |  |
|  | **Wyposażenie stanowiska pracy.** Łączny koszt wyposażenia stanowiska pracy └──┴──┴──┴──┴──┘**,**└──┴──┘zł[[1]](#footnote-1). Z własnych środków sfinansuję wydatki w łącznej kwocie└──┴──┴──┴──┴──┘**,**└──┴──┘zł.  |
|  | Lp. | Rodzaj wydatku do sfinansowania w części lub całości ze środków, których dotyczy wniosek | Wartość jednostkowa | Liczba jednostek | Kwota wydatku ogółem[[2]](#footnote-2) | Pomniejszenia[[3]](#footnote-3)  | Kwota wydatku do sfinansowania z wnioskowanych środków[[4]](#footnote-4) |
|  | 1 |  |  |  |  |  | zł. |
|  | 2 |  |  |  |  |  | zł. |
|  | 3 |  |  |  |  |  | zł. |
|  | 4 |  |  |  |  |  | zł. |
|  | 5 |  |  |  |  |  | zł. |
|  |  |  |  |  |  | RAZEM | zł. |

|  |  |
| --- | --- |
| **2** | **Dane dotyczące finansowania kosztów płacy pracy osoby niepełnosprawnej**Zobowiązuję się do zatrudnienia osoby niepełnosprawnej nieprzerwanie co najmniej przez └──┴──┘miesięcyInformacja o planowanej wysokości kosztów płacy w wymaganym okresie zatrudnienia: └──┴──┴──┴──┴──┘**,**└──┴──┘zł[[5]](#footnote-5) |
|  | To jest wniosek ❑ zwykły / ❑ korygujący o finansowanie kosztów płacy za okres└──┴──┴──┴──┘–└──┴──┘ wypełniony w dniu └──┴──┴──┴──┘-└──┴──┘-└──┴──┘[[6]](#footnote-6).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Koszty płacy | Pomniejszenia[[7]](#footnote-7) | Do wypłaty [[8]](#footnote-8) |
| zł. | zł. | zł. |

 |
| **Zabezpieczenie zwrotu środków** |
| 🛈 | *Środki, których dotyczy wniosek są przyznawane na podstawie umowy zawartej ze starostą. Jeżeli wnioskodawca naruszy warunki umowy, będzie zobowiązany do zwrotu otrzymanych środków oraz odsetek od środków, naliczonych od dnia ich otrzymania w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania wezwania starosty do zapłaty, w przypadku naruszenia przez wnioskodawcę co najmniej jednego z warunków umowy. Zwrot może zostać zabezpieczony którąkolwiek z poniżej wymienionych form zabezpieczenia. Wnioskodawca może wybrać jedną lub wiele form zabezpieczenia.**Proszę złożyć oświadczenie o proponowanej formie zabezpieczenia zwrotu.* *W przypadku wybrania wielu form zabezpieczenia należy uzupełnić kwoty, których ma dotyczyć zabezpieczenie.* |
|  | Proponuję następujące formy zabezpieczenia zwrotu środków: ❑ hipoteka / ❑ poręczenie / ❑ przelew wierzytelności na zabezpieczenie / ❑ weksel z poręczeniem wekslowym (awal) / ❑ gwarancja bankowa / ❑ zastaw na prawach lub rzeczach / ❑ blokada rachunku bankowego / ❑ akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika / ❑ blokady rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej. |
| **Informacja adresata dotycząca danych osobowych**[[9]](#footnote-9) |
| 🛈 | *Adresat wniosku, jako administrator danych osobowych, informuje Panią/Pana, że:** *posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych osobowych,*
* *podanie danych jest dobrowolne ale niezbędne w celu rozpatrzenia wniosku, udzielenia środków na podstawie umowy, wypłacenia środków, ich rozliczenia, kontrolowania prawidłowości realizacji umowy oraz zabezpieczenia zwrotu środków, a także kontroli zgodności tych czynności z przepisami prawa;*
* *podane dane będą przetwarzane w celu realizacji zadania określonego w art. 26g ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych*

*oraz na podstawie rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w sprawie przyznania przedsiębiorstwu społecznemu i spółdzielni socjalnej środków na utworzenie stanowiska pracy i finansowanie kosztów wynagrodzenia osób niepełnosprawnych i zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych;** *dane mogą być udostępniane przez Adresata:*
1. *Pełnomocnikowi Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych lub Prezesowi Zarządu PFRON w celu przeprowadzenia kontroli prawidłowości realizacji zadania przyznania środków przedsiębiorstwu społecznemu lub spółdzielni socjalnej na utworzenia stanowiska pracy lub finansowanie kosztów wynagrodzenia na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100 i 173),*
2. *Komisji Europejskiej w celu przeprowadzenia kontroli zgodności udzielenia pomocy z warunkami udzielania pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie, pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury na podstawie rozporządzenia Rady (UE) 2015/1589 z dnia 13 lipca 2015 r. ustanawiającego szczegółowe zasady stosowania art. 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE L 248 z 24.9.2015, str. 9);*
* *inspektorem ochrony danych u Adresata jest: Pani/Pan* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(adres e-mail inspektora danych:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*);*
* *dane osobowe będą przechowywane przez okres dziesięcioletni niezbędny do udzielenia pomocy oraz jej kontroli przez Komisję Europejską;*
* *ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Głównego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.*
 |
| **Oświadczenia końcowe**1. Dane wykazane we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
2. ❑ Posiadam / ❑ nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Adresata moich danych osobowych zawartych we wniosku w celu i zakresie niezbędnym do rozpatrzenia wniosku, udzielenia środków na podstawie umowy, wypłacenia środków, ich rozliczenia, skontrolowania prawidłowości realizacji umowy oraz zabezpieczenia zwrotu środków, a także kontroli zgodności tych czynności z przepisami prawa.

Data złożenia wniosku: └──┴──┘–└──┴──┘–└──┴──┴──┴──┘ Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Kwota środków na utworzenie stanowiska pracy może zostać przyznania w wysokości od sześciokrotności do piętnastokrotności przeciętnego wynagrodzenia w przypadku zobowiązania do utrzymania zatrudnienia osoby niepełnosprawnej na utworzonym stanowisku pracy przez okres od 12 miesięcy do 24 miesięcy. [↑](#footnote-ref-1)
2. *Kwota wydatku ogółem* jest iloczynem z kolumn *Wartość jednostkowa* oraz *Liczba jednostek*. [↑](#footnote-ref-2)
3. Kwota wydatku objęta innym otrzymanym lub planowanym wsparciem ze środków publicznych (w tym ze środków PFRON, FP, środków unijnych) będącego pomocą publiczną lub poza pomocowym wsparciem. [↑](#footnote-ref-3)
4. *Kwota wydatku do sfinansowania z wnioskowanych środków* nie może być wyższa od różnicy *Kwoty wydatku ogółem* i *Pomniejszenia*. [↑](#footnote-ref-4)
5. Planowane koszty płacy stanowią iloczyn miesięcznych kosztów płacy i liczby miesięcy zatrudnienia osoby niepełnosprawnej. Finansowanie kosztów płacy w danym miesiącu nie może przekroczyć kwoty najniższego wynagrodzenia za pracę określonego w przepisach odrębnych. Maksymalny okres finansowania kosztów płacy wynosi 6 albo 12 miesięcy, w warunkach określonych w art. 26g ust. 1 pkt 2 albo ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. [↑](#footnote-ref-5)
6. Wniosek o finansowanie kosztów płacy składa się co miesiąc przez maksymalnie 6 albo 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy ze starostą. Złożenie drugiego i kolejnych wniosków uzależnione jest od przedstawienia rozliczenia za poprzedni okres na formularzu *Rozliczenie środków przyznanych przedsiębiorstwu społecznemu lub spółdzielni socjalnej na utworzenie stanowiska pracy i finansowanie kosztów wynagrodzenia osób niepełnosprawnych* pkt 2. [↑](#footnote-ref-6)
7. Kwota kosztów płacy objęta innym otrzymanym lub planowanym wsparciem ze środków publicznych (w tym ze środków PFRON, FP, środków unijnych) będącego pomocą publiczną lub poza pomocowym wsparciem. [↑](#footnote-ref-7)
8. Kwota *Do wypłaty* nie może być wyższa od różnicy *Koszty płacy*  i *Pomniejszenia*. Suma kwot z kolumny *Kwota wydatku do sfinansowania z wnioskowanych środków*  musi być równa kwocie wnioskowanychśrodków. [↑](#footnote-ref-8)
9. Informację adresata dotycząca danych osobowych wypełnia Adresat wniosku. [↑](#footnote-ref-9)