Załącznik nr 2

*WZÓR*

|  |  |
| --- | --- |
| Rzeczpospolita Polska | **Rozliczenie środków przyznanych przedsiębiorstwu społecznemu** **lub spółdzielni socjalnej na utworzenie stanowiska pracy i finansowanie kosztów płacy osób niepełnosprawnych** |
|  | Składający ❑ spółdzielnia socjalna / ❑ przedsiębiorstwo społeczne. |
| **Dane ewidencyjne i adres składającego** |
|  | Składający:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ulica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Nr domu:\_\_\_\_\_\_ Nr lokalu:\_\_\_\_\_\_ Miejscowość:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kod pocztowy: └──┴──┘–└──┴──┴──┘Poczta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NIP:└──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┘ REGON: └──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┘Nr rachunku bankowego: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  **Informacje o rozliczeniu środków** |
| **1** | **Informacje dotyczące wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej** |
|  | Lp. | Wyposażenie | Numer fabryczny | Numer inwentarzowy | Data dowodu poniesienia kosztu | Numer dowodu poniesienia kosztu | Kwota ogółem |
|  | 1 |  |  |  |  |  |  |
|  | 2 |  |  |  |  |  |  |
|  | 3 |  |  |  |  |  |  |
|  | 4 |  |  |  |  |  |  |
|  | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | 6 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | RAZEM |  |
|  | Do rozliczenia należy dołączyć dowody poniesienia wydatków - załączniki nr 4 i następne. |
| **2** | **Dane dotyczące rozliczenia finansowania kosztów płacy pracy osoby niepełnosprawnej za dany miesiąc**To jest rozliczenie dofinansowania za okres: └──┴──┴──┴──┘–└──┴──┘.Wypłacono wynagrodzenie w kwocie:└──┴──┴──┴──┴──┘**,**└──┴──┘zł [[1]](#footnote-1).Do rozliczenia należy załączyć załączniki nr 1 i 2 oraz złożyć oświadczenie nr 1. |
| **3** | **Dane dotyczące rozliczenia całej kwoty finansowania kosztów płacy pracy osoby niepełnosprawnej** |
|  | Lp. | Koszty płacy | Pomniejszenia[[2]](#footnote-2) | Kwota wypłacona[[3]](#footnote-3) |
|  | 1 | zł | zł | zł |
|  | 2 | zł | zł | zł |
|  | 3 | zł | zł | zł |
|  | 4 | zł | zł | zł |
|  | 5 | zł | zł | zł |
|  | 6 | zł | zł | zł |
|  | 7 | zł | zł | zł |
|  | 8 | zł | zł | zł |
|  | 9 | zł | zł | zł |
|  | 10 | zł | zł | zł |
|  | 11 | zł | zł | zł |
|  | 12 | zł | zł | zł |
|  | Do rozliczenia należy dołączyć załączniki nr 1- 2 – za ostatni miesiąc, i nr 3 za okres finansowania kosztów płacy. |

**Oświadczenie końcowe**

1. ❑ Nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i innych danin publicznych.

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

|  |
| --- |
| **Załączniki i uwagi:**  |
|  | Do wniosku załączam:* 1. ❑ dokument potwierdzający pokwitowanie odbioru wynagrodzenia lub kopię przelewu wynagrodzenia na rachunek osoby niepełnosprawnej.
	2. ❑ dokument dotyczący ewidencjonowania czasu pracy.
	3. ❑ zaświadczenie o niezaleganiu z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne.
	4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .
	5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .
	6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .
	7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .
 |
| **Uwagi:** |
|  |

1. Kwota wynagrodzenia musi pokrywać się z kwotą uwidocznioną w załączniku nr 1. [↑](#footnote-ref-1)
2. 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-2)
3. *Kwota wypłacona* nie może być wyższa od różnicy *Kosztów płacy* i *Pomniejszenia* oraz od najniższego wynagrodzenia za pracę określonego przepisach odrębnych*.* Jeżeli suma *Kwot wypłaconych* jest wyższa niż kwota określona w *Informacji o planowanej wysokości kosztów płacy w wymaganym okresie zatrudnienia* w pkt 2 *Wniosku przedsiębiorstwa społecznego lub spółdzielni socjalnej środków na utworzenie stanowiska pracy i finansowanie kosztów wynagrodzenia osób niepełnosprawnych*, nadwyżkę należy zwrócić do PUP. [↑](#footnote-ref-3)