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)