

(pieczęćka Wnioskodawcy)

Załącznik do Uchwały nr 11/108/2004
Zarządu Województwa
Kujawsko-Pomorskiego z dnia 10 marca 2004 roku

Wniosek złożono

w dniu.....

nr sprawy.....

(pieczęćka Urzędu)

Wniosek kompletny przyjęto

w dniu.....

nr wniosku.....

WNIOSK

o zwrot kosztów za szkolenie zatrudnionych osób niepełnosprawnych, w związku z koniecznością zmiany profilu produkcji dla zakładu pracy chronionej ze środków Województwa Kujawsko- Pomorskiego przyznanych przez PFRON

1. Nazwa i adres siedziby Wnioskodawcy:

Pełna nazwa:.....

.....

poczta									
powiat									

2. Status prawny i podstawa działania

Status prawny	Podstawa działania

3. Numer NIP i REGON wnioskodawcy:

Nr identyfikacyjny NIP	REGON

4. Dane osoby/osób upoważnionej/nich do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych :

(pieczęćka imienna)

podpis:

(pieczęćka imienna)

podpis:

5. Stan zatrudnienia ogółem w osobach i etatach, w tym osób niepełnosprawnych według stopnia niepełnosprawności

Wyszczególnienie	31.12.....*)		31.12.....**)		***)	
	[osoby]	[etaty]	[osoby]	[etaty]	[osoby]	[etaty]
Zatrudnienie ogółem						
Zatrudnienie osób niepełnosprawnych, w tym:						
<i>ze znacznym stopniem niepełnosprawności</i>						
<i>z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności</i>						
<i>z lekkim stopniem niepełnosprawności</i>						

*) na koniec drugiego roku poprzedzającego złożenie wniosku

***) na koniec roku poprzedzającego złożenie wniosku

***) na miesiąc poprzedzający złożenie wniosku

6. Informacja o przyznanych środkach PFRON.

Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło: (PFRON, Samorząd, WOZiRON)
Razem:		Razem kwota rozliczona:			

7. informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez wnioskodawcę:

Nr identyfikacyjny PFRON wnioskodawcy		
Czy wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku PLN	

8. Koszt szkolenia.

Łączny koszt realizacji szkolenia:

..... PLN	Słownie:.....
-----------	------------------------

własne środki przeznaczone na szkolenie:

..... PLN	Słownie:.....
-----------	------------------------

wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:

..... PLN	Słownie:.....
-----------	------------------------

9. Załączniki

L.p.	Wyszczególnienie wymaganych załączników
1.	Status prawny i podstawa działania potwierdzona przez organ wydający (ważne 3 miesiące)
2.	Zaświadczenie o nadaniu numeru NIP- kopia poświadczona za zgodność z oryginałem (oryginał do wglądu)
3.	Zaświadczenie o nadaniu numeru Regon- kopia poświadczona za zgodność z oryginałem (oryginał do wglądu)
4.	Informacja o pomocy publicznej otrzymanej w ciągu ostatnich trzech lat zgodnie z ustawą z 2002 o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców (Dz.U. nr 141, poz.1177 z późn. zm.) oraz aktami wykonawczymi
5.	Kserokopia aktualnej decyzji o nadaniu statusu zakładu pracy chronionej
6.	Wskazanie jednostki szkolącej wraz z uzasadnieniem jej wyboru
7.	Program szkolenia wraz z: <ol style="list-style-type: none"> 1) udokumentowaniem konieczności zmiany kwalifikacji 2) udokumentowaniem, że przeszkolenie danych osób niepełnosprawnych spowoduje utrzymanie ich w zatrudnieniu 3) wykazem stopni oraz rodzajów niepełnosprawności zatrudnionych osób niepełnosprawnych wymagających szkolenia
8.	Kosztorys szkolenia
9.	Wykaz zatrudnionych osób niepełnosprawnych przewidzianych do szkolenia
10.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na szkolenie przez osoby niepełnosprawne przewidziane do szkolenia

11.	Deklaracje osób niepełnosprawnych przewidzianych do szkolenia o przepracowania u tego pracodawcy okresu nie krótszego niż 24 miesiące od dnia zakończenia szkolenia
12.	Zobowiązanie osób niepełnosprawnych przewidzianych do szkolenia, do zwrotu Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych za pośrednictwem pracodawcy kosztów szkolenia, w przypadku rozwiązania stosunku pracy z przyczyn leżących po stronie pracownika
13.	Zaświadczenia o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na nowym stanowisku pracy przez niepełnosprawnych kandydatów na szkolenie, wydane przez lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad nimi
14.	Oświadczenie pracodawcy, że w ciągu ostatnich trzech lat przed dniem złożenia wniosku nie otrzymał dofinansowania ze środków PFRON na szkolenie, na podstawie przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. nr 123, poz. 776, z późn. zm.)
15.	Udokumentowanie posiadania środków własnych lub z innych źródeł, nie niższych niż 25% całkowitych kosztów szkolenia

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku.

.....
data i podpis pracownika Urzędu Marszałkowskiego

10. Oświadczenia:

Oświadczam/my, że firma nie zalega z wymagalnymi zobowiązaniami wobec PFRON.

Oświadczam/my, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia niniejszego wniosku, wyrażam/my zgodę na opublikowanie decyzji przyznającej dofinansowanie.

Upředzony/eni o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 kodeksu karnego oświadczam, że dane zawarte we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą.

Wyrażam/my zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie/nas danych osobowych, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133 poz. 883 z późn. zm.)

.....
data, podpisy i pieczętki imienne osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

*We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać: „**Nie dotyczy**”.*

*W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać: „**W załączeniu - załącznik nr**” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone i ponumerowane w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.*