

(pieczęć Organizatora)

(WZÓR)

Załącznik do Uchwały Nr 42/517//2008
Zarządu Województwa
Kujawsko-Pomorskiego z dnia 10.06. 2008

Wniosek złożono
w dniu.....
nr sprawy.....

(pieczęć Urzędu)

Wniosek kompletny przyjęto
w dniu.....
nr wniosku.....

W N I O S E K

o dofinansowanie kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach zadań Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego

1. Nazwa i adres organizatora

Pełna nazwa:.....				
.....				
		-		
poczta	kod pocztowy		miejsowość	ulica
				nr posesji
powiat	gmina	e-mail		nr tel.
				nr fax.
Nr identyfikacyjny NIP			REGON	
Status prawny			Podstawa działania	
Nazwa banku			Nr konta bankowego	
Czy organizator jest podatnikiem VAT podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT			tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Czy organizator jest przedsiębiorcą i prowadzi działalność gospodarczą w myśl ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2007 r. Nr 155, poz. 1095 ze zm.)			tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>

Czy organizator należy do sektora finansów publicznych	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Nr identyfikacyjny PFRON:		
Czy organizator jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy organizator 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	(zł)	

2. Adres i tytuł prawny do obiektu lub lokalu przeznaczonych na zakład

poczta	kod pocztowy		miejsowość	ulica	nr posesji		
powiat	gmina		e-mail	nr tel.	nr fax.		
Tytuł prawny organizatora do dysponowania pomieszczeniami na potrzeby zakładu z podaniem dat krańcowych użytkowania							

3. Proponowana liczba niepełnosprawnych pracowników zakładu wraz z określeniem stopnia i rodzaju ich niepełnosprawności

Zatrudnienie osób niepełnosprawnych zgodnie z art. 29 ustawy o rehabilitacji (...)	Liczba osób niepełnosprawnych:.....
w tym:	
Określenie stopnia i rodzaju niepełnosprawności pracowników	1)..... 2)..... 3)..... 4)..... 5)..... 6).....

4. Plan i rodzaj działalności gospodarczej oraz zakres planowanej rehabilitacji zawodowej i społecznej

Działalność wytwórcza	tak: <input type="checkbox"/> nie: <input type="checkbox"/>
Działalność usługowa	tak: <input type="checkbox"/> nie: <input type="checkbox"/>
Działalność wytwórcza i usługowa	tak: <input type="checkbox"/> nie: <input type="checkbox"/>
Zakres planowanej rehabilitacji zawodowej i społecznej	1)..... 2)..... 3)..... 4)..... 5)..... 6).....
Pracownicy do działalności obsługowo-rehabilitacyjnej	osoby:..... etaty:.....

5. Proponowana wysokość podstawowego wynagrodzenia osób niepełnosprawnych, wyrażona jako wskaźnik procentowy minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego w przepisach o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, zaliczonych do

a) znacznego stopnia niepełnosprawności
b) umiarkowanego stopnia niepełnosprawności , u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną

6. Koszty utworzenia i działania zakładu

1) Całkowity koszt utworzenia zakładu:	(zł)
kwota słownie:	
w tym udział środków finansowych:	
a) PFRON	zł co stanowi %
b) Organizator	zł co stanowi %
w tym:	

koszt adaptacji pomieszczeń:(zł)
kwota słownie:(zł)
z tego:
a) wnioskowana kwota ze środków PFRON:(zł)
kwota słownie:(zł)
b) własne środki Organizatora.....(zł)
kwota słownie:(zł)

koszt zakupu sprzętu rehabilitacyjnego:(zł)
kwota słownie:(zł)
z tego:
a) wnioskowana kwota ze środków PFRON.....(zł)
kwota słownie:(zł)
b) własne środki Organizatora.....(zł)
kwota słownie:(zł)

koszt zakupu wyposażenia pomieszczeń:(zł)
kwota słownie:(zł)
z tego:
a) wnioskowana kwota ze środków PFRON.....(zł)
kwota słownie:(zł)
b) własne środki Organizatora.....(zł)
kwota słownie:(zł)

koszt zakupu surowców, materiałów i narzędzi potrzebnych do uruchomienia działalności gospodarczej:.....(zł)
kwota słownie:(zł)
z tego:
a) wnioskowana kwota ze środków PFRON.....(zł)
kwota słownie:(zł)
b) własne środki Organizatora.....(zł)
kwota słownie:(zł)

2.	pełen odpis z rejestru sądowego lub inny dokument potwierdzający osobowość prawną jednostki, wydany w miesiącu złożenia wniosku			
3.	dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu lub lokalu przeznaczonego na zakład			
4.	plan działalności gospodarczej			
5.	zakres planowanej rehabilitacji zawodowej i społecznej			
6.	proponowana obsada (z podaniem liczby osób oraz etatów), zakładu, z wyszczególnieniem liczby stanowisk i wymaganych kwalifikacji pracowników zatrudnionych w działalności obsługowo-rehabilitacyjnej			
7.	kosztorys inwestorski jednoznacznie określający zakres robót budowlanych będących przedmiotem wniosku sporządzony zgodnie z rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 18 maja 2004 r. w sprawie określenia metod i podstaw sporządzania kosztorysu inwestorskiego (...) (Dz.U. Nr 130 poz. 1389)			
8.	preliminarz kosztów utworzenia zakładu, z uwzględnieniem podziału na poszczególne rodzaje kosztów, o których mowa w § 7 rozporządzenia MPiPS z dnia 14 grudnia 2007 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz.U. 242 poz. 1776), z kalkulacją lub innym uzasadnieniem przyjętych kosztów			
9.	preliminarz kosztów działalności obsługowo-rehabilitacyjnej zakładu, z podziałem na poszczególne rodzaje kosztów, o których mowa w § 8 rozporządzenia MPiPS z dnia 14 grudnia 2007 w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz.U. 242 poz. 1776), z kalkulacją lub innym uzasadnieniem przyjętych kosztów			
10.	plan pomieszczeń zakładu oraz projekt dostosowania obiektów i lokali do potrzeb prowadzonej produkcji w zakładzie z uwzględnieniem dostosowania do potrzeb i możliwości pracowników wynikających z ich niepełnosprawności			
11.	projekt regulaminu zakładu oraz regulaminu zakładowego funduszu aktywności			
12.	oświadczenie wskazujące, czy organizator jest podatnikiem podatku VAT i czy w związku z tym posiada prawo do odliczenia podatku VAT naliczonego (podanie podstawy prawnej zwolnienia z podatku VAT)			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów
wymienionych we wniosku

(data i podpis pracownika Urzędu Marszałkowskiego)

8 . Oświadczenia

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.)

Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji Zarządu Województwa Kujawsko - Pomorskiego przyznającej środki PFRON na podstawie niniejszego wniosku.

.....
*data, podpisy i pieczęcie osób upoważnionych
do reprezentacji Organizatora 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.