

(pieczęć Organizatora)

**(WZÓR)**

Załącznik do uchwały Nr 40 /1972 /2018  
Zarządu Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego z dnia 17.10.2018r.

(pieczęć Urzędu)

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

Wniosek kompletny przyjęto  
w dniu.....

### 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	mięscowość	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 statutowym zadaniem organizatora jest rehabilitacja zawodowa i społeczna		tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>	
Czy organizator jest przedsiębiorcą i prowadzi działalność gospodarczą w myśl ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r. poz. 646, z późn. zm.)		tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>	

Czy organizator należy do sektora finansów publicznych	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
Czy organizator posiada zobowiązania wymagalne wobec Skarbu Państwa	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>
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 przeznaczzonego na zakład

		-					
poczta	kod pocztowy		miejscowość		ulica	nr lokalu	
powiat	gmina		e-mail		nr tel.	nr fax.	
Tytuł prawny do obiektu lub lokalu przeznaczzonego na zakład							
.....							
.....							
.....							

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

Zatrudnienie osób niepełnosprawnych zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.)	Liczba osób niepełnosprawnych:.....
w tym:	1).....
według określenia stopnia i rodzaju ich niepełnosprawności	2).....
	3).....
	4).....
	5).....
	6).....

**4. Plan i rodzaj działalności wytwórczej lub usługowej 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"/>
Rodzaj działalności	1)..... 2)..... 3)..... 4)..... 5)..... 6).....
Zakres rehabilitacji zawodowej i społecznej	..... ..... ..... .....

**5. Proponowana wysokość miesięcznego wynagrodzenia niepełnosprawnych pracowników zakładu, wyrażona jako procentowy wskaźnik 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. Proponowana obsada etatowa personelu zakładu**

Personel zakładu	Liczba osób	Liczba etatów
Personel kierowniczy		
Personel administracyjny		
Personel rehabilitacyjny		
Personel obsługowy		
<b>Łącznie:</b>		

## 7. Koszty utworzenia i działania zakładu

1) Całkowity koszt utworzenia zakładu wynikający z preliminarza:

brutto:  netto:  ..... (zł)

słownie: .....

a) w tym udział środków finansowych:

- PFRON .....zł co stanowi ..... % całkowitych kosztów

- własnych Organizatora .....zł co stanowi ..... % całkowitych kosztów

- innych źródeł .....zł co stanowi ..... % całkowitych kosztów

(podać jakie).....

b) w tym udział środków pozafinansowych ..... % całkowitych kosztów

**w tym:**

**koszt przystosowania pomieszczeń:** ..... (zł)

słownie: .....

z tego:

a) wnioskowana kwota ze środków PFRON: ..... (zł)

słownie: .....

b) własne środki Organizatora..... (zł)

słownie: .....

c) inne źródła: ..... (zł)

(podać jakie).....

słownie: .....

**koszt zakupu sprzętu rehabilitacyjnego:** .....(zł)

słownie: .....

z tego:

a) wnioskowana kwota ze środków PFRON.....(zł)

słownie: .....

b) własne środki Organizatora.....(zł)

słownie: .....

c) inne źródła: .....(zł)

(podać jakie).....

.....

.....

.....

.....

słownie: .....

**koszt zakupu wyposażenia pomieszczeń:** .....(zł)

słownie: .....

z tego:

a) wnioskowana kwota ze środków PFRON.....(zł)

słownie: .....

b) własne środki Organizatora.....(zł)

słownie: .....

c) inne źródła: .....(zł)

(podać jakie).....

.....

.....

.....

.....

słownie: .....

**koszt zakupu surowców, materiałów i narzędzi potrzebnych do uruchomienia działalności wytwórczej lub usługowej:**.....(zł)

słownie: .....

z tego:

a) wnioskowana kwota ze środków PFRON.....(zł)

słownie: .....

b) własne środki Organizatora.....(zł)

słownie: .....

c) inne źródła: .....(zł)

(podać jakie).....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

słownie: .....

**koszt zakupu środków transportu:**.....(zł)

słownie: .....

z tego:

a) wnioskowana kwota ze środków PFRON.....(zł)

słownie: .....

b) własne środki Organizatora.....(zł)

słownie: .....

c) inne źródła: .....(zł)

(podać jakie).....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

słownie: .....

**2) Całkowity koszt działania (na okres..... m-cy, roku.....):** .....(zł)  
słownie: .....

w tym udział środków finansowych:

a) PFRON.....(zł) co stanowi ..... %  
słownie: .....

b) Organizator.....(zł) co stanowi ..... %  
słownie: .....

c) inne źródła: .....(zł)  
(podać jakie).....  
.....  
.....  
.....  
słownie: .....

**3) Łączny koszt utworzenia i działania zakładu (pkt 1 + pkt 2):** .....(zł)  
słownie: .....

w tym:

a) wnioskowana kwota ze środków PFRON.....(zł)  
słownie: .....

b) własne środki Organizatora.....(zł)  
słownie: .....

c) inne źródła:.....(zł)  
(podać jakie).....  
.....  
.....  
.....  
słownie: .....

**8. Osoba upoważniona do kontaktu w sprawie złożonego wniosku**

imię i nazwisko:.....

nazwa jednostki:.....

stanowisko: .....

numer telefonu: .....

e-mail: .....

**9. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku**

l.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono	Data
			tak/nie	uzupełnienia
			<i>(wypełnia pracownik Urzędu Marszałkowskiego)</i>	
1.	statut organizatora			
2.	odpis z rejestru sądowego lub inny dokument potwierdzający osobowość prawną i podstawę działania organizatora			
3.	dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu lub lokalu przeznaczonego na zakład			
4.	plan i rodzaj działalności wytwórczej lub usługowej wraz z biznesplanem			
5.	zakres planowanej rehabilitacji zawodowej i społecznej niepełnosprawnych pracowników zakładu			
6.	proponowana obsada etatowa zakładu, z wyszczególnieniem liczby etatów oraz stanowisk i wymaganych kwalifikacji pracowników wchodzących w skład personelu kierowniczego, administracyjnego, rehabilitacyjnego i obsługowego			
7.	preliminarz kosztów utworzenia zakładu, z uwzględnieniem podziału na poszczególne rodzaje kosztów, o których mowa w § 7 rozporządzenia MPiPS z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz. U. poz. 850), z kalkulacją lub innym uzasadnieniem przyjętych kosztów z zaznaczeniem kwot podlegających rozliczeniu netto czy brutto			
8.	preliminarz kosztów działania zakładu, z podziałem na poszczególne rodzaje kosztów, o których mowa w § 8 rozporządzenia MPiPS z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz. U. poz. 850), z kalkulacją lub innym uzasadnieniem przyjętych kosztów z zaznaczeniem kwot podlegających rozliczeniu netto czy brutto			
9.	plan pomieszczeń zakładu oraz projekt dostosowania obiektów i lokali do potrzeb prowadzonej działalności wytwórczej lub usługowej w zakładzie oraz ich dostosowania do potrzeb i możliwości niepełnosprawnych pracowników zakładu wynikających z ich niepełnosprawności			
10.	projekt regulaminu zakładu oraz regulaminu zakładowego funduszu aktywności			



11.	oświadczenie wskazujące, czy organizator jest podatnikiem podatku VAT i czy w związku z tym posiada prawo do odliczenia podatku VAT naliczonego we wnioskowanym zakresie			
-----	--	--	--	--

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku

(data i podpis pracownika Urzędu Marszałkowskiego)

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.

## 10. Oświadczenia

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

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku ze złożonym wnioskiem na dofinansowanie kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.05.2016 r.), zwanym dalej „RODO” oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.).

## KLAUZULA INFORMACYJNA RODO:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Województwo Kujawsko-Pomorskie – Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu, NIP: 956-19-45-671, REGON: 871121290, Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń, reprezentowany przez Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Jestem świadomy/a przysługującego mi prawa do wycofania zgody, jak również faktu, że wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
2. Osobą wyznaczoną przez Administratora Danych Osobowych w zakresie zapewnienia zgodności przetwarzania danych osobowych jest Inspektor Ochrony Danych, Punkt kontaktowy: Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń, adres e-mail: iod@kujawskopomorskie.pl, telefon 56 62 18 243.
3. Celem zbierania/ przetwarzania danych osobowych jest wykonywanie obowiązków Administratora Danych Osobowych w zakresie realizacji zadania dofinansowania kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w tym w szczególności: potwierdzenie kwalifikowalności wydatków, udzielanie wsparcia Wnioskodawcom, ewaluacja, monitoring, kontrola, audyt, sprawozdawczość, raportowanie oraz działania informacyjno-promocyjne, w tym zapewnienie realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie w ramach zadania.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest obowiązek prawny Administratora (Województwo Kujawsko-Pomorskie reprezentowane przez Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego, mające siedzibę przy Placu Teatralnym 2, 87-100 Toruń ) - art. 6 ust. 1 lit. c) i e) RODO.
5. Dostęp do Państwa danych zgromadzonych w trakcie realizacji zadania objętego złożonym wnioskiem – wewnątrz struktury organizacyjnej Urzędu Marszałkowego WK-P w Toruniu – będą mieć wyłącznie pracownicy posiadający odpowiednie upoważnienia i przeszkoleni z zakresu ochrony danych osobowych oraz inne podmioty uprawnione do przechowywania dokumentacji związanej z realizacją przedmiotowego zadania. Państwa dane osobowe mogą być udostępniane przez Województwo Kujawsko-Pomorskie podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy obowiązujących przepisów prawa. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
6. Niszczenie/usuwanie danych osobowych nastąpi nie wcześniej niż w okresie 10 lat od daty uznania przez Województwo Kujawsko-Pomorskiego rozliczenia końcowego dofinansowania, bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
7. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, jak również prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania lub przenoszenia danych.
8. Administrator danych osobowych, na mocy art. 17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia danych osobowych.
9. Dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.
10. Każda osoba, której dane dotyczą ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy RODO.

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