

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

/pieczęć firmowa wnioskodawcy/

**ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZWROT ZE ŚRODKÓW PFRON KOSZTÓW WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY   
DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych /tekst jednolity: Dz. U. z 2021 r. poz. 573, poz. 1981/   
oraz w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej /tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 93 z późn. zmianami/

**I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

1. Pełna nazwa zakładu pracy

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

1. Adres

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

1. Adres korespondencyjny

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

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

1. Forma prawna prowadzonej działalności

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. NIP, REGON, KRS

NIP: ………………………………………………………………………………………………………………………………………

REGON: ………………………………………………………………………………………………………………………………..

KRS: ………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Klasa PKD /2007/

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

1. Osoba upoważniona do reprezentowania wnioskodawcy

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

1. Nr telefonu

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

1. Rok i miejsce założenia, dokładna data rozpoczęcia działalności gospodarczej

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

1. Rodzaj działalności (krótki opis)

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

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

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

1. Jestem / nie jestem podatnikiem VAT

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

1. Forma opodatkowania

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Analiza zatrudnienia w ramach stosunku pracy za okres 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku **(bez pracowników** **młodocianych)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miesiąc/ Rok** | **Liczba osób zatrudnionych w ramach stosunku pracy**  **w tym:** | | | | | **Umowy cywilno- prawne** |
| Zatrudnienie w osobach | | Zatrudnienie w etatach | | Razem |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

14. Wg stanu na dzień ............................ liczba zatrudnionych ogółem wynosi.................osób,

/data złożenia wniosku/

w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wynosi...........................................................

**II. DANE DOTYCZĄCE STANOWISK PRACY DO SFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON, NA KTÓRYCH PODEJMĄ ZATRUDNIENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE SKIEROWANE PRZEZ URZĄD**

1. Liczba stanowisk pracy dla skierowanych niepełnosprawnych

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

1. Uzasadnienie konieczności dokonania zakupu wnioskowanego sprzętu

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

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

…………………………………………………………………………………………………................................................

…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………..……………………………………………………..............................................................................................

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

1. Stanowisko i miejsce świadczenia pracy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj pracy (zawód  i stanowisko) | Lokalizacja stanowiska pracy |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

1. Wymagane przez wnioskodawcę kwalifikacje, uprawnienia i umiejętności, jakie   
   są niezbędne do wykonywania pracy przez skierowane osoby niepełnosprawne:

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

…………………………………………………………………………………………………................................................

**.............................................. ..........................................................**

/miejscowość, data/ /pieczęć i podpis wnioskodawcy/

UWAGA:

* ZŁOŻENIE WNIOSKU **NIE GWARANTUJE** PRZYZANANIA ŚRODKÓW;
* OD NEGATYWNEGO STANOWISKA URZĘDU **ODWOŁANIE NIE PRZYSŁUGUJE;**
* URZĄD POWIADAMIA WNIOSKODAWCĘ O SPOSOBIE ROZPATRZENIA WNIOSKU   
  W TERMINIE **DO 30 DNI OD DNIA ZŁOŻENIA KOMPLETNEGO WNIOSKU;**
* W PRZYPADKU NIEUWZGLĘDNIENIA WNIOSKU URZĄD SPORZĄDZA **UZASADNIENIE** ODMOWY PRZYZNANIA ŚRODKÓW;