

(pieczęć Organizatora)

Wypełnia MCPS

Wniosek złożono

w

w dniu

Wniosek kompletny złożono

w dniu

Nr sprawy:

(pieczętka MCPS)

WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
KOSZTÓW UTWORZENIA I DZIAŁANIA ZAKŁADU AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ

A. INFORMACJE O ORGANIZATORZE

1. NAZWA I SIEDZIBA ORGANIZATORA

Pełna nazwa:

.....
.....

Siedziba:

MIEJSCOWOŚĆ	KOD POCZTOWY	NR POSESJI	ULICA	GMINA
POWIAT	WOJEWÓDZTWO	NR KIERUNKOWY	NR TELEFONU	NR FAX

2. OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA ORGANIZATORA I ZACIĄGANIA ZOBOWIĄZAŃ FINANSOWYCH

..... (imię i nazwisko)	 (imię i nazwisko)
..... (podpis)	 (podpis)

3. OSOBY UPOWAŻNIONE DO UDZIELANIA INFORMACJI NA TEMAT ZAKŁADU AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ

..... (imię i nazwisko)	 (telefon/fax/e-mail)
..... (imię i nazwisko)	 (telefon/fax/e-mail)

4. STATUS ORGANIZATORA

Cele i sposoby działania Organizatora na rzecz osób niepełnosprawnych (zgodnie ze statutem): 	
Zakres terytorialny działania Organizatora: 	
STATUS PRAWNY I PODSTAWA DZIAŁANIA	REGON
NR IDENTYFIKACJI NIP	NR RACHUNKU BANKOWEGO

B. INFORMACJE O ZAKŁADZIE

1. NAZWA I ADRES ZAKŁADU

Pełna nazwa: 				
MIEJSCOWOŚĆ	KOD POCZTOWY	NR POSESJI	ULICA	GMINA
POWIAT	WOJEWÓDZTWO	NR KIERUNKOWY	NR TELEFONU	NR FAX

2. TYTUŁ PRAWNY DO LOKALU, OBIEKTU LUB NIERUCHOMOŚCI STANOWIĄCEJ SIEDZIBĘ ZAKŁADU

.....

3. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI ZAKŁADU



.....
--

WYTWÓRCZA	USŁUGOWA	USŁUGOWO-WYTWÓRCZA
-----------	----------	--------------------

4. ZATRUDNIENIE W ZAKŁADZIE

..... <i>Ilość pracowników zakładu ogółem</i>	 <i>Ilość personelu zakładu</i>	 <i>Ilość pracowników niepełnosprawnych</i>	 <i>Ilość niepełnosprawnych pracowników zaliczanych do znacznego stopnia niepełnosprawności</i>
..... <i>Ilość etatów w zakładzie ogółem</i>	 <i>Ilość etatów personelu zakładu</i>	 <i>Ilość etatów pracowników niepełnosprawnych</i>	 <i>Ilość pracowników niepełnosprawnych zaliczonych do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną, w stosunku do których rada programowa warsztatu terapii zajęciowej zajęła stanowisko uzasadniające podjęcie zatrudnienia i kontynuowania rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej</i>
..... % <i>stan zatrudnienia osób niepełnosprawnych, w szczególności skierowanych do pracy przez powiatowe urzędy pracy:</i> - <i>zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności,</i> - <i>zaliczonych do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną, w tym osób, w stosunku do których rada programowa warsztatu terapii zajęciowej, zajęła stanowisko uzasadniające podjęcie zatrudnienia i kontynuowanie rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej</i>		 % <i>stan zatrudnienia osób niepełnosprawnych zaliczonych do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną, w stosunku do których rada programowa warsztatu terapii zajęciowej zajęła stanowisko uzasadniające podjęcie zatrudnienia i kontynuowania rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej</i>	

5.

6. ZATRUDNIENIE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

LP.	STANOWISKO	RODZAJ PROPONOWANEJ AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ ZGODNIE ZE WSKAZANIAM I DO ZATRUDNIENIA ZAWARTYMI W ORZECZENIU O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	WYKSZTAŁCENIE/ ZAWÓD	STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI/ RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	WYMIAR CZASU PRACY	ZAREJESTROWANY W PUP TAK/NIE	WYSOKOŚĆ WYNAGRODZENIA BRUTTO W ZŁ / WYSOKOŚĆ WYNAGRODZENIA WYRAŻONA JAKO WSKAŹNIK PROCENTOWY MINIMALNEGO WYNAGRODZENIA ZA PRACĘ

7. PERSONEL ZAKŁADU

LP.	STANOWISKO	WYMAGANE KWALIFIKACJE	LICZBA OSÓB	LICZBA/WYMIAR ETATÓW	WYSOKOŚĆ WYNAGRODZENIA BRUTTO W ZŁ
PERSONEL KIEROWNICZY					
PERSONEL ADMINISTRACYJNY					
PERSONEL REHABILITACYJNY					
PERSONEL OBSŁUGOWY					

8. ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU

LP.	NAZWA ZAŁĄCZNIKA	NR ZAŁĄCZNIKA	ZAŁĄCZONO DO WNIOSKU TAK/ NIE	UZUPEŁNIONO TAK/ NIE	DATA UZUPEŁNIENIA
			(wypełnia MCPS)		
1.	Pełnomocnictwo (w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Organizatora).				
2.	Statut Organizatora				
3.	Odpis z właściwego rejestru lub ewidencji aktualny na dzień składania wniosku				
4.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu, lokalu lub nieruchomości stanowiącej siedzibę zakładu				
5.	Dokument potwierdzający zgodę właściciela obiektu, lokalu lub nieruchomości na utworzenie i działanie zakładu aktywności zawodowej				
6.	Plan działalności wytwórczej lub usługowej zakładu uwzględniający w szczególności dokładny opis planowanej działalności, plan sprzedaży, plan ekonomiczny				
7.	Dokument potwierdzający rozeznanie Organizatora na rynku zbytu dla planowanej działalności				
8.	Projekt programu rehabilitacji zawodowej i społecznej, w tym: zakres, metody, terminy realizacji				
9.	Plan pomieszczeń zakładu				
10.	Projekt dostosowania obiektów i lokali do potrzeb prowadzonej produkcji w zakładzie z uwzględnieniem dostosowania do potrzeb i możliwości pracowników wynikających z ich niepełnosprawności				
11.	Oświadczenie Organizatora, że dokumentacja projektowa (plan pomieszczeń zakładu i projekt dostosowania obiektów i lokali do potrzeb prowadzonej produkcji w zakładzie z uwzględnieniem dostosowania do potrzeb i możliwości pracowników wynikających z ich niepełnosprawności) spełnia wymogi określone dla danego rodzaju obiektu w przepisach prawa budowlanego oraz innych obowiązujących w tym zakresie przepisach.				
12.	Projekt regulaminu zakładu				
13.	Projekt regulaminu zakładowego funduszu aktywności				
14.	Preliminarz kosztów utworzenia zakładu z uwzględnieniem podziału na poszczególne rodzaje kosztów, o których mowa w § 7 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie zakładów aktywności zawodowej z dnia 17 lipca 2012 r., z kalkulacją lub innym uzasadnieniem przyjętych kosztów				
15.	Preliminarz kosztów działania zakładu z podziałem na poszczególne rodzaje kosztów, o których mowa w § 8 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie zakładów aktywności zawodowej z dnia 17 lipca 2012r. z kalkulacją lub innym uzasadnieniem przyjętych kosztów				
16.	Dokumenty potwierdzający wkład Organizatora na pokrycie kosztów części zadania nieobjętych dofinansowaniem ze środków Funduszu				

17.	Dokument potwierdzający rozeznanie organizatora na rynku dla planowanej działalności				
18.	Oświadczenie, że dokumentacja projektowa, wymieniona w pkt 9 i 10 spełnia wymogi określone dla danego rodzaju obiektu w przepisach prawa budowlanego oraz innych obowiązujących w tym zakresie przepisach.				
19.	Kopia ostatecznej decyzji o pozwoleniu na budowę lub zgłoszenie robót budowlanych przewidziane w przepisach prawa budowlanego, co do którego właściwy organ nie złożył w ustawowym terminie sprzeciwu				
20.	Informacja dotycząca dotychczasowej działalności Organizatora na rzecz osób niepełnosprawnych				

11. OŚWIADCZENIE

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art.297 § 1 kodeksu karnego oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą.

☐ tak | ☐ nie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku w celu dofinansowania z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kosztów utworzenia i działania Zakładów Aktywności Zawodowej oraz celach archiwalnych. Administratorem danych osobowych jest Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.

Podanie danych osobowych zawartych we wniosku jest dobrowolne. Brak podania danych może skutkować pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia.

☐ tak | ☐ nie

Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji Zarząd Województwa Mazowieckiego przyznającej środki PFRON na podstawie niniejszego wniosku.

☐ tak | ☐ nie

....., dnia

.....
Podpisy osób upoważnionych do reprezentowania Organizatora

UWAGA!

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 rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:

.....
Data, podpis pracownika MCPS

Klauzula informacyjna

Administratorem danych osobowych jest Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, dane kontaktowe:
ul. Grzybowska 80/82, 00-844 Warszawa, tel.: 22 376 85 00, e-mail: mcps@mcps.com.pl

Dane kontaktowe do inspektora ochrony danych osobowych to e-mail: iod@mcps.com.pl

Dane osobowe:

- 1) będą przetwarzane zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. e oraz lit. b rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 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 (dalej RODO), w celach: przeprowadzenia postępowania w sprawie rozpatrzenia wniosków o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kosztów tworzenia i działania zakładu aktywności zawodowej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, 568 i 875), w związku z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz. U. poz. 850 oraz 2020 r. poz. 1921), związanych z dochodzeniem ewentualnych roszczeń, odszkodowań, udzielania odpowiedzi na pisma, wnioski i skargi, udzielania odpowiedzi w toczących się postępowaniach;
- 2) będą przechowywane przez okres niezbędny do rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie kosztów tworzenia i działania zakładu aktywności zawodowej, a w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku przez okres niezbędny dla zawarcia, realizacji i rozliczenia umowy o dofinansowanie kosztów tworzenia i działania zakładu aktywności zawodowej, jak również przez okres wynikający z przepisów o archiwizacji;
- 3) nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w celu podjęcia decyzji w sprawie indywidualnej, w tym decyzji będących wynikiem profilowania w rozumieniu RODO;
- 4) nie będą przesyłane do państwa trzeciego oraz organizacji międzynarodowej;
- 5) nie będą przekazywane podmiotom trzecim, jednakże zgodnie z obowiązującym prawem Centrum może przekazywać dane podmiotom świadczącym obsługę administracyjno-organizacyjną Centrum oraz na podstawie obowiązujących przepisów prawa podmiotom uprawnionym do uzyskania danych, np. sądom lub organom ścigania – tylko gdy wystąpią z żądaniem uzyskania danych osobowych i wskażą podstawę prawną swego żądania.

Przysługuje Pani/Panu prawo:

- 1) dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia i żądania ograniczenia ich przetwarzania;
- 2) wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych na zasadach określonych w RODO, w przypadku uznania, że Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z zakresem danych osobowych.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Brak podania danych może skutkować pozostawieniem wniosku bez rozpoznania.

W przypadku udostępnienia przez wnioskodawcę danych osobowych zawartych we wniosku do Centrum, w związku ze złożonym wnioskiem o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Zawodowej Osób Niepełnosprawnych kosztów utworzenia i działania Zakładu Aktywności Zawodowej zobowiązany jest

w imieniu Centrum poinformować te osoby:

- o zakresie danych osobowych dotyczących tych osób, a przekazanych Centrum;
- o tym, że Centrum jest administratorem ich danych osobowych oraz że przetwarza ich dane osobowe na zasadach określonych powyżej;

- o tym, że jest źródłem, od którego Centrum pozyskał ich dane;
- o treści niniejszej klauzuli informacyjnej.