

1. Przedmiot sprawy:

**Wniosek zakładu pracy chronionej w sprawie uzyskania ze środków PFRON zwrotu kosztów za szkolenie zatrudnionych osób niepełnosprawnych, w związku z koniecznością zmiany profilu produkcji.**

2. Miejsce załatwienia sprawy:

Departament Zdrowia i Polityki Społecznej  
Regionalny Ośrodek Pomocy Społecznej  
Pokój - 219  
Telefon – 3421179  
Godziny urzędowania 7<sup>30</sup> – 15<sup>30</sup>

3. Warunki, jakie powinny zostać spełnione w celu załatwienia sprawy

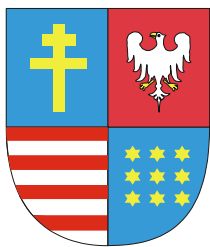
Określone zostały w rozporządzeniu Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 czerwca 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania przy udzielaniu zakładom pracy chronionej pomocy finansowej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 125, poz. 1161),

4. Możliwość składania interwencji, wyrażania opinii

Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej  
Pokój – 233, budynek C2  
Telefon – (41) 3421242

Dyrektor Departamentu Organizacyjnego i Kadr  
Pokój – 148, budynek C2  
Telefon – (41) 3421144

Marszałek Województwa za pośrednictwem Dyrektora Biura Zarządu, Informatyki i Informacji  
Pokój – 119a, budynek A  
Telefon – (41) 3421443



**Wniosek**  
**zakładu pracy chronionej w sprawie uzyskania**  
**ze środków PFRON zwrotu kosztów za szkolenie zatrudnionych osób**  
**niepełnosprawnych, w związku z koniecznością zmiany profilu produkcji.**

**Samorząd Województwa Świętokrzyskiego**

Wniosek złożono w Urzędzie Marszałkowskim  
W dniu.....2004 roku  
Nr sprawy.....  
Wniosek kompletny przyjęto w dniu..... 2004 roku

**I Dane podstawowe:**

**1. Nazwa podmiotu ubiegającego się o dofinansowanie.....**

.....

Siedziba.....

.....

Adres:.....

(ulica nr)

(kod)

(miejsowość)

.....

(gmina – powiat)

(telefon)

**2. Numer NIP..... Numer REGON.....**

**3. Nazwa banku wnioskodawcy.....**

Numer rachunku bankowego.....

**4. Status prawny.....**

.....

Podstawa działania.....

.....

**5. Dane Osób upoważnionych do reprezentowania wnioskodawcy w sprawie**

1. Imię i Nazwisko.....

PESEL....., Stanowisko.....

Adres:.....

2.Imię i Nazwisko.....

PESEL....., Stanowisko.....

Adres:.....

**6. Opis prowadzonej działalności.....**

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

**7. Stan zatrudnienia**

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

\*) na koniec drugiego roku poprzedzającego złożenie wniosku

\*\*\*) na koniec roku poprzedzającego złożenie wniosku

\*\*\*\*) na koniec miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku

**II Dane dotyczące realizacji zadania:**

**1.Zasadność zmiany kwalifikacji przez zatrudnione osoby niepełnosprawne**

.....  
.....

.....  
.....  
**2. Stopnie oraz rodzaje niepełnosprawności osób wymagających szkolenia**

.....  
.....  
.....  
**3. Przewidywany termin realizacji zadania.....**

**4. Tabela finansowa określająca wydatki na zadania.**

Zadania	Całkowity koszt	Jednostkowy koszt	Udział własny*		Dofinansowanie z samorządu województwa
			Środki własne	Inne źródła finansowania	
1.					
2.					

\* łącznie nie mniej niż 25 % wartości zadania

**5. Rodzaj szkolenia w świetle art. 20 ustawy z dnia 27 lipca 2002 r. o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorcy, (Dz. U. Nr 141, poz. 1177).**

***OŚWIADCZENIE***

Oświadczam, iż nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....  
*(data i czytelny podpis wnioskodawcy)*

Integracyjną częścią wniosku jest wykaz załączników dołączonych do wniosku.

Kielce, dnia.....2004 roku.

.....

*Podpis Wnioskodawcy*

>Do wniosku dołączono następujące załączniki:

- informację o pomocy publicznej udzielonej wnioskodawcy, zgodnie z ustawą z dnia 27 lipca 2002 r. o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców (Dz. U. Nr 141, poz.1177),
- kopię aktualnej decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
- wskazanie jednostki szkolącej wraz z uzasadnieniem jej wyboru (umowa z organizatorem lub wykonawcą szkolenia,
- program szkolenia,
- kosztorys szkolenia,
- Wykaz zatrudnionych osób niepełnosprawnych przewidzianych do szkolenia oraz ich oświadczenia o:
  - a) wyrażeniu zgody na udział w szkoleniu,
  - b) zadeklarowaniu przepracowania u tego pracodawcy okresu nie krótszego niż 24 miesiące od dnia zakończenia szkolenia,
  - c) zobowiązaniu się do zwrotu Funduszowi za pośrednictwem pracodawców kosztów szkolenia, w przypadku rozwiązania stosunku pracy z przyczyn leżących po stronie pracownika.
- 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
- oświadczenie, że osoby przewidziane do szkolenia nie podlegają zapisom art. 6 ust.1, pkt 2 lit. c ustawy z dnia 27 lipca 2002 r. o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorcy(Dz. U. Nr 141, poz. 1177).
- oświadczenie pracodawcy, że w ciągu ostatnich trzech lat przed dniem złożenia wniosku nie otrzymał dofinansowania ze środków Funduszu na szkolenie na podstawie przepisów ustawy.

.....  
*Data i podpis Wnioskodawcy*