

Nr akt

Data wpływu

Prezes Zarządu Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Oddział

w

WNIOSEK

STAROSTY UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ZWROT ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

kosztów:

- organizacji nowych stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych
- przystosowania istniejących stanowisk pracy stosownie do potrzeb osób niepełnosprawnych
- wynagrodzenia i składek należnych od pracodawcy na ubezpieczenia społeczne od wynagrodzeń osób niepełnosprawnych skierowanych na nowo zorganizowane stanowiska pracy lub przystosowane istniejące stanowiska pracy

I. INFORMACJE OGÓLNE

1. Dane o starostwie:

- nazwisko i imię starosty
- siedziba starostwa.....
- telefon faks.....
- numer REGON
- numer konta bankowego
- czy starostwo jest płatnikiem VAT?.....
jeśli TAK, proszę podać NIP
- czy starostwo korzystało ze środków funduszu?.....
jeśli TAK, proszę podać:
 - termin
 - w jakim województwie / starostwie
 - na jaki cel.....
 - wysokość refundacji
 - liczbę nowych stanowisk / przystosowanych istniejących
stanowisk pracy.....

II. DANE DOTYCZĄCE:

NOWO ORGANIZOWANYCH STANOWISK PRACY DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH PRZYSTOSOWANIA ISTNIEJĄCYCH STANOWISK PRACY DO POTRZEB OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

- lokalizacja stanowiska pracy

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

- dojazd (komunikacja) do miejsca, w którym zlokalizowane będą stanowiska pracy

.....
.....

- charakterystyka zaplecza socjalno-sanitarnego w miejscu, w którym zlokalizowane będą stanowiska pracy

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

- informacja o nowych stanowiskach pracy

Lp.	Nazwa nowego stanowiska pracy	Liczba stanowisk	Termin uruchomienia	Wymiar czasu pracy *	Liczba osób obsługi	Zmianowość	Wysokość wynagrodzenia za 1 miesiąc	Wyszczególnienie wyposażenia nowego stanowiska pracy	Koszty wyposażenia nowego stanowiska pracy
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
RAZEM									

* Łączne zatrudnienie na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat.

W przypadku większej liczby stanowisk prosimy skopiować niniejszą stronę, wprowadzając kolejną numerację stanowisk pracy.

• informacja o przystosowaniu istniejących stanowisk pracy

Lp.	Nazwa stanowiska pracy	Liczba stanowisk	Termin uruchomienia	Wymiar czasu pracy *	Liczba osób obsługi	Zmianowość	Wysokość wynagrodzenia za 1 miesiąc	Wyszczególnienie przystosowania stanowiska pracy	Koszty przystosowania istniejących stanowisk pracy
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
RAZEM									

* Łączne zatrudnienie na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat.

W przypadku większej liczby stanowisk prosimy skopiować niniejszą stronę, wprowadzając kolejną numerację stanowisk pracy.

Charakterystyka organizowanego lub przystosowanego stanowiska pracy *

- Nazwa stanowiska pracy
.....
- Liczba osób przewidzianych do zatrudnienia na tym stanowisku pracy
.....
- Wymagane kwalifikacje i umiejętności.....
.....
- Opis operacji i czynności na tworzonym lub przystosowanym stanowisku pracy
.....
.....
- Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych
.....
.....
- Określenie pozycji przy pracy (siedząca, stojąca, siedząco - chodząca, stojąco - chodząca, stojąco - siedząca).....

* W przypadku różnorodnych stanowisk pracy dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnym załączniku.

Opinia Powiatowego Urzędu Pracy

o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej stanowiska pracy zarejestrowanych osób niepełnosprawnych

.....
(data)

.....
pieczęć

.....
(podpis)

Sprawozdanie ze stanu zatrudnienia za okres 6 miesięcy przed wystąpieniem o zwrot kosztów

Lp.	Miesiąc	Liczba osób		Liczba osób w przeliczeniu na pełne etaty	
		ogółem	w tym niepełnosprawnych	ogółem	w tym niepełnosprawnych
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Uzasadnienie zmian kadrowych w ciągu ostatnich sześciu miesięcy:

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

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

miejsowość..... data.....

.....
(podpis starosty)

Wykaz załączników do wniosku:

1. Kopia dokumentu określającego tytuł prawny do lokalu, w którym mają zostać utworzone lub przystosowane stanowiska pracy.
 2. Zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników.
 3. Dokumenty z Urzędu Skarbowego:
 - *decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków,*
 - *zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami.*
 4. Roczny bilans jednostki samorządu terytorialnego (sporządzany na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 18 grudnia 2001 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości oraz planów kont dla budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz niektórych jednostek sektora finansów publicznych - Dz. U. Nr 153, poz. 1752) za rok poprzedni.
 5. Sprawozdanie Rb-Z – kwartalne sprawozdanie o stanie zobowiązań wg tytułów dłużnych oraz gwarancji i poręczeń jednostki samorządu terytorialnego za IV kwartał roku poprzedniego zgodnie z ww. rozporządzeniem w sprawie sprawozdawczości budżetowej.
 6. Zaświadczenie o zarejestrowaniu w Wojewódzkim Urzędzie Statystycznym i nadaniu numeru statystycznego REGON.
 7. Kopia deklaracji wpłat na fundusz z ostatniego miesiąca obowiązku dokonania wpłaty lub decyzji zwalniających z tych wpłat.
-
-