



(pieczęćka Wnioskodawcy)

Znak sprawy:

(wypełnia pracownik Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego)

.....
(data przyjęcia wniosku)

WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH KOSZTÓW
UTWORZENIA I DZIAŁANIA ZAKŁADU AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ
(stan prawny obowiązujący od 01.01.2026 r.)

*we wniosku należy wypełnić wszystkie niezaciemnione rubryki

Część A: DANE I INFORMACJE O ORGANIZATORZE

1. Nazwa i siedziba Organizatora:

Pełna nazwa			
Adres siedziby (miejscowość, ulica, numer posesji, kod pocztowy)			
	Gmina	Powiat	Województwo



2. Informacje o stanie prawnym Organizatora:

3. Osoby upoważnione do reprezentowania Organizatora w sprawie:

.....
(podpis osoby/osób upoważnionych
do reprezentowania Organizatora)



Część B: PROPONOWANA LOKALIZACJA I STRUKTURA ZAKŁADU AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ

1. Adres Zakładu:

Pełna nazwa			
Adres siedziby (miejscowość, ulica, numer posesji, kod pocztowy)			
	Gmina	Powiat	Województwo

2. Informacje ogólne o Zakładzie:

Liczba pomieszczeń	
Powierzchnia	
Tytuł prawny do obiektu lub lokalu przeznaczonego na zakład (dokument potwierdzający tytuł prawny należy załączyć do wniosku)	
Termin rozpoczęcia działalności	
Rodzaj planowanej działalności	– usługowa* - wytwórcza* - usługowo- wytwórcza* *niepotrzebne skreślić



Opis planu i rodzaju działalności wytwórczej lub usługowej Zakładu

Zakres planowanej rehabilitacji zawodowej i społecznej
niepełnosprawnych pracowników Zakładu

Sposób zapewnienia w zakładzie specjalistycznej opieki medycznej,
poradnictwa i usług rehabilitacyjnych

.....
(podpis osoby/osób upoważnionych
do reprezentowania Organizatora)



Część C: INFORMACJA O PLANOWANYM ZATRUDNIENIU OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

1. Informacja o proponowanym zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, opis niepełnosprawności i rodzaj proponowanej aktywności zawodowej:

a) Liczba niepełnosprawnych pracowników w Zakładzie:

Proponowana liczba niepełnosprawnych pracowników zakładu, w tym:	osób
Pracowników ze znacznym stopniem niepełnosprawności	osób
Pracowników z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną	osób

b) Opis niepełnosprawności i rodzaj proponowanej aktywności zawodowej:

Lp.	Wykształcenie	Rodzaj proponowanej aktywności zawodowej zgodnie ze wskazaniami do zatrudnienia zawartymi w orzeczeniu o niepełnosprawności	Stopień niepełn.	Rodzaj niepełn.	Propon. stanowisko pracy	Wysokość etatu	Uczestnik WTZ (tak/nie)	Rejestracja w PUP (tak/nie)



3. Wynagrodzenie osób niepełnosprawnych:

Proponowana wysokość miesięcznego wynagrodzenia niepełnosprawnych pracowników zakładu, wyrażona jako wskaźnik procentowy minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego w przepisach o minimalnym wynagrodzeniu za pracę dla osób:	
1) ze znacznym stopniem niepełnosprawności	
2) z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną,	

.....
(podpis osoby/osób upoważnionych
do reprezentowania Organizatora)



**Część D: INFORMACJA O PLANOWANYM ZATRUDNIENIU PERSONELU
W ZAKŁADZIE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ**

1. Informacja o proponowanym zatrudnieniu personelu w Zakładzie:

Proponowana liczba personelu Zakładu	osób	etatów
--------------------------------------	-----------	-------------

Lp.	Stanowisko	Kwalifikacje zawodowe – wykształcenie (wskazać kierunek i specjalność, umiejętności zawodowe przygotowujące m.in. do pracy z osobami niepełnosprawnymi)	Liczba osób	Liczba etatów
RAZEM				



2. Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego * stopnia niepełnosprawności w stosunku do ogółu zatrudnienia

Liczba osób niepełnosprawnych zaliczanych do znacznego stopnia niepełnosprawności		Liczba osób niepełnosprawnych zaliczanych do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności		Ogólna liczba zatrudnionych osób niepełnosprawnych		Wskaźnik osób niepełnosprawnych do ogółu zatrudnionych	Ogólna liczba zatrudnionych wszystkich pracowników zakładu
Liczba osób	Liczba etatów	Liczba osób	Liczba etatów	Liczba osób	Liczba etatów	%	

*Osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną.

.....
(podpis osoby/osób upoważnionych
do reprezentowania Organizatora)



Część E : PLANOWANE KOSZTY UTWORZENIA I DZIAŁANIA ZAKŁADU AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ

1. Całkowity koszt utworzenia i działania ZAZ:

Koszty	Koszt ogólny	Wnioskowana kwota dofinansowania z PFRON	Procentowy udział środków PFRON w ogólnych kosztach utworzenia/działania	Inne źródła finansowania (wskazać jakie)	Procentowy udział innych źródeł finansowych w ogólnych kosztach utworzenia/działania
Utworzenia Zakładu					
Działania Zakładu					
RAZEM					

2. Koszty utworzenia Zakładu*:

Rodzaje kosztów	Koszt ogółem	Wnioskowana kwota dofinansowania z PFRON	Inne źródła finansowania (wskazać jakie)
1. Przystosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych pomieszczeń produkcyjnych lub pomieszczeń służących świadczeniu usług oraz pomieszczeń socjalnych i przeznaczonych na rehabilitację			
2. Zakup sprzętu rehabilitacyjnego			
3. Wyposażenie pomieszczeń socjalnych i przeznaczonych			



na rehabilitację, pomieszczeń, w których jest prowadzona działalność wytwórcza lub usługowa oraz przygotowanie stanowisk pracy, w tym zakup maszyn, narzędzi i urządzeń niezbędnych do prowadzenia produkcji lub świadczenia usług			
4. Zakup surowców i materiałów potrzebnych do rozpoczęcia działalności wytwórczej lub usługowej			
5. Zakup lub wynajem środków transportu			
6. Inne (jakie?)			
RAZEM			

*zgodnie z §7 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej

3. Informacja o kosztach działania Zakładu:

a) koszty działania zakładu finansowane ze środków PFRON (maksymalnie 90% ogólnych kosztów działania):

Rodzaj kosztów	Wnioskowana kwota dofinansowania z PFRON
1. Wynagrodzenia osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, do wysokości 100% minimalnego wynagrodzenia, proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w umowie o pracę, stosownie do art. 15 ust. 2 ustawy o rehabilitacji (...), powiększone o dodatek za staż pracy, określony w przepisach o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.	
2. Wynagrodzenia personelu zakładu.	



3. Dodatkowe wynagrodzenia roczne, odprawy emerytalne, rentowe i pośmiertne oraz nagrody jubileuszowe.	
4. Należne od pracodawcy składki na ubezpieczenia społeczne, składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, naliczane od wynagrodzeń wymienionych w pkt 1 i 2 lub od dodatkowego wynagrodzenia rocznego wymienionego w pkt 3, oraz składki na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy naliczone od wynagrodzeń wymienionych w pkt 3, wypłacanego osobom niezaliczonym do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności.	
5. Odpisy na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych lub wypłaty świadczeń urlopowych, dokonywanych na podstawie odrębnych przepisów.	
6. Wpłaty podstawowe oraz wpłaty dodatkowe do pracowniczych planów kapitałowych finansowanych, w rozumieniu ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1342), finansowane przez zakład.	
7. Materiały, energia, usługi materialne i usługi niematerialne.	
8. Transport i dowóz niepełnosprawnych pracowników zakładu.	
9. Szkolenia osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności związane z przygotowaniem ich do pracy na otwartym rynku pracy lub z prowadzoną działalnością wytwórczą lub usługową zakładu.	



10. Szkolenia personelu zakładu.	
11. Wymiana zamortyzowanych maszyn, urządzeń i wyposażenia niezbędnych do prowadzenia produkcji lub świadczenia usług.	
12. Wymiana maszyn i urządzeń w związku ze zmianą profilu działalności zakładu lub wprowadzeniem ulepszeń technicznych lub technologicznych.	
13. Inne niezbędne do realizacji rehabilitacji, obsługi i prowadzenia działalności wytwórczej lub usługowej.	
RAZEM	

*zgodnie z §8 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej

b) koszty działalności wytwórczej lub usługowej zakładu realizowanej przez osoby niepełnosprawne zaliczone do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, finansowane ze sprzedaży wyrobów i usług:

Rodzaj kosztów	Kwota
1. Wynagrodzenia osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, obliczanego na podstawie ustalonego w procesie negocjacji procentowego wskaźnika minimalnego wynagrodzenia, powiększone o dodatek za staż pracy, określony w przepisach o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.	
2. Nagród i premii dla osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, w wysokości do 30% miesięcznego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.	
3. Należnych od pracodawcy składek na ubezpieczenia społeczne, składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, naliczonych od kwot wymienionych w pkt 1 i 2.	



4. Wpłaty podstawowe oraz wpłaty dodatkowe do pracowniczych planów kapitałowych finansowych przez zakład, od wynagrodzenia osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, o których mowa w pkt 1 i 2.	
5. Materiałów, energii, usług materialnych i usług niematerialnych.	
6. Zakup oraz naprawy maszyn i urządzeń oraz koniecznej wymiany części maszyn i urządzeń niezbędnych do prowadzenia działalności wytwórczej lub usługowej.	
7. Remontów oraz modernizacji pomieszczeń i budynków służących do prowadzenia działalności wytwórczej lub usługowej.	
8. Inne niezbędne do prowadzenia działalności wytwórczej lub usługowej.	

*zgodnie z §8 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej

**c) inne źródła finansowania działania Zakładu Aktywności Zawodowej
(z zachowaniem 10% wkładu samorządu województwa, Organizatora w ogólnych kosztach działania Zakładu)**

Rodzaj kosztów	Kwota
1.	
2.	
3.	

.....
(podpis osoby/osób upoważnionych
do reprezentowania Organizatora)



Część F: ZAŁĄCZNIKI

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

1. Aktualny wypis z rejestru sądowego,
2. Statut organizatora określający cele i sposoby działania na rzecz osób niepełnosprawnych,
3. Dokumenty potwierdzające tytuł prawny do lokalu lub obiektu przeznaczonego na zakład aktywności zawodowej,
4. Plan i rodzaj działalności wytwórczej lub usługowej oraz zakres planowanej rehabilitacji zawodowej i społecznej niepełnosprawnych pracowników zakładu zawierający w szczególności:
 - określenie rodzaju działalności wytwórczej lub usługowej dostosowanej do możliwości i umiejętności zatrudnionych osób niepełnosprawnych,
 - plan sprzedaży (umowy, porozumienia),
 - plan ekonomiczny działalności gospodarczej.
5. 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.
6. Kosztorys inwestorski jednoznacznie określający zakres robót budowlanych będących przedmiotem wniosku,
7. Projekt regulaminu zakładu oraz regulaminu zakładowego funduszu aktywności,
8. Propozycję zabezpieczenia należytego wykonania umowy w części dotyczącej utworzenia zakładu (np. hipoteka lub weksel in blanco z poręczeniem wekslowym),
9. Kalkulacja lub uzasadnienie przyjętych kosztów utworzenia zakładu, zgodnie z kwotami określonymi w pkt 2 części E niniejszego wniosku,
10. Kalkulacja lub uzasadnienie przyjętych kosztów działania zakładu, zgodnie z kwotami określonymi w pkt 3 części E niniejszego wniosku,
11. Dokument potwierdzający posiadanie wkładu własnego Organizatora w koszty utworzenia/działania Zakładu,



12. Inne dokumenty mające wpływ na prawidłową ocenę wniosku,
13. Oświadczenie wskazujące, czy organizator jest podatnikiem podatku VAT i czy w związku z tym posiada prawo do odliczenia podatku VAT naliczonego (podanie podstawy prawnej zwolnienia z podatku VAT),
14. Oświadczenie wskazujące, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą na podstawie odpowiedzialności wynikającej z art. 233 kodeksu karnego.

.....
(podpis osoby/osób upoważnionych
do reprezentowania Organizatora)



Część G: KLAUZULA RODO

Zgodnie z art. 13 i 14 Rozporządzenia 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.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.), dalej: RODO, informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Marszałek Województwa Świętokrzyskiego z siedzibą w Kielcach, al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce, tel.: 41/395-16-60, fax: 41/395-16-79, e-mail: urząd.marszalkowski@sejmik.kielce.pl.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych pod adresem: al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce, tel.: 41/395-15-18, e-mail: iod@sejmik.kielce.pl.
3. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 581 ze zm.) w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze związanego z dofinansowaniem ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) kosztów utworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej (nabór, ocena i wybór wniosków do dofinansowania, zawarcie umów o dofinansowanie, rozliczenie, sprawozdawczość i kontrola, publikacja w BIP).
4. Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celach, o których mowa w pkt 3 powyżej w następującym zakresie: imię, nazwisko, adres e-mail, numer telefonu.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą m.in. osoby upoważnione przez Administratora, podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa, operatorzy pocztowi lub kurierscy (w przypadku korespondencji papierowej), operatorzy platform do komunikacji elektronicznej (w przypadku komunikacji elektronicznej). Ponadto, w zakresie stanowiącej informację



publiczną dane będą ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją lub publikowane w BIP Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach.

6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
7. Pani/Pana dane przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu wskazanego w pkt 3 powyżej.
8. Przysługuje Pani/Panu od Administratora:
 - a) prawo dostępu do treści danych osobowych i uzyskania ich kopii (art. 15 RODO)
 - b) prawo do sprostowania danych (art. 16 RODO)
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych (art. 18 RODO).
9. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Administratora Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi z art. 77 RODO do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie.
10. Pani/Pana dane osobowe zostały podane Administratorowi bezpośrednio przez Panią/Pana, bądź pośrednio przez osoby upoważnione do reprezentowania Organizatora w sprawie (dotyczy osób wskazanych do kontaktu, w sytuacji, gdy są to inne osoby niż osoby upoważnione do reprezentowania Organizatora w sprawie).
11. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe dla realizacji celu wskazanego w pkt 3 powyżej. Niepodanie przez Panią/Pana danych osobowych uniemożliwi realizację wniosku oraz załatwienia Pani/Pana spraw.
12. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się
z treścią Klauzuli RODO

.....
(podpis osoby/osób upoważnionych
do reprezentowania Organizatora)