Załącznik Nr 2
do Uchwały Nr 136/520/24
Zarządu Województwa Pomorskiego
z dnia 6 lutego 2024 r.

(pieczątka Organizatora)

Numer wniosku:

Data wpływu:

Wniosek kompletny złożono w dniu:

## Instrukcja wypełniania wniosku

* We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać: ,,nie dotyczy” lub wartość ,,0”.
* W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy dołączyć załącznik o odpowiedniej numeracji, sporządzony w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza, a w rubryce formularza wpisać ,,W załączeniu – załącznik nr …”.
* Kserokopie dokumentów powinny zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę/osoby uprawnione do reprezentacji Organizatora na każdej stronie.

# WNIOSEKo dofinansowanie kosztów utworzenia i działaniazakładów aktywności zawodowej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będących w dyspozycji Województwa Pomorskiego

## Informacje o organizatorze

###  Nazwa i siedziba Organizatora

* Pełna nazwa:
* Kod pocztowy:
* Miejscowość:
* Ulica/ Nr posesji/ Nr lokalu:
* Gmina:
* Powiat:
* Województwo:
* e-mail:
* Nr telefonu:

### Status prawny i podstawa działania Organizatora

* Status prawny:
* Podstawa działania:
* Nr rejestru sądowego lub innego rejestru:
* Data wpisu do rejestru sądowego lub innego rejestru:
* Numer REGON[[1]](#footnote-1):
* Numer identyfikacji podatkowej NIP[[2]](#footnote-2):
* Czy statutowym zadaniem Organizatora jest rehabilitacja zawodowa i społeczna (wpisać tak/nie):
* Czy Organizator jest przedsiębiorcą i prowadzi działalność gospodarczą w myśl ustawy z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U z 2023, poz. 221 z późn.zm.) (wpisać tak/nie):
* Czy Organizator należy do sektora finansów publicznych (wpisać tak/nie):
* Czy Organizator jest płatnikiem VAT[[3]](#footnote-3)? (wpisać tak/nie):

### Dane osób upoważnionych do reprezentowania Organizatora i zaciągania w jego imieniu zobowiązań finansowych:

* Imię i nazwisko, funkcja, podpis:
* Imię i nazwisko, funkcja, podpis:
* Imię i nazwisko, funkcja, podpis:

### Dane osób upoważnionych do kontaktu w sprawie wniosku:

* Imię i nazwisko, numer telefonu, e-mail:
* Imię i nazwisko, numer telefonu, e-mail:
* Imię i nazwisko, numer telefonu, e-mail:

### Syntetyczna charakterystyka działalności Organizatora

(Opis celu i sposobu działania, obszaru działania, liczby członków, liczby zatrudnionej kadry specjalistycznej, od kiedy Organizator prowadzi działalność na rzecz osób z niepełnosprawnościami, znaczenia tej działalności dla osób z niepełnosprawnościami, kadry Organizatora, inne informacje):

### Informacje o działalności statutowej Organizatora, którego zadaniem jest prowadzenie rehabilitacji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnościami

Organizator prowadzi działalność rehabilitacyjną dla osób z niepełnosprawnościami w zakresie rehabilitacji (wpisać społecznej lub zawodowej):

Liczba osób z niepełnosprawnościami objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)

1. poniżej lat 18 (wpisać liczbę):
2. powyżej lat 18 (wpisać liczbę):

### Informacja o realizacji przez Organizatora obowiązku wpłat na rzecz PFRON[[4]](#footnote-4)

* Nr identyfikacyjny PFRON:
* Czy Organizator jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON (wpisać tak/ nie):
* Podstawa prawna zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON:
* Czy Organizator zalega z wpłatami na rzecz PFRON (wpisać tak/ nie):
* Kwota zaległości na dzień złożenia wniosku:

### Informacja o sytuacji finansowej Organizatora:

Oświadczenie Organizatora o posiadanych wymagalnych zobowiązaniach publiczno-prawnych wobec:

1. ZUS[[5]](#footnote-5) (wpisać: tak/nie)
2. właściwego Urzędu Skarbowego (wpisać: tak/nie)
3. posiada inne obciążenia (wpisać tak/nie, jeśli tak wskazać jakie, oraz wysokość)

##  Informacje o zakładzie aktywności zawodowej

### Nazwa i adres zakładu

* Pełna nazwa:
* Kod pocztowy:
* Miejscowość:
* Ulica/ Nr posesji/ Nr lokalu:
* Gmina:
* Powiat:
* Województwo:
* e-mail:
* Numer telefonu:

### Dane dotyczące obiektu, lokalu lub nieruchomości przeznaczonej na zakład

* Tytuł prawny do obiektu, lokalu lub nieruchomości przeznaczonej na zakład:
* Całkowita powierzchnia obiektu, lokalu lub nieruchomości wynikająca z tytułu prawnego:

- z tego powierzchnia obiektu, lokalu lub nieruchomości przeznaczona na zakład:

### Plan i rodzaj działalności wytwórczej lub usługowej oraz zakres planowanej rehabilitacji zawodowej i społecznej niepełnosprawnych pracowników zakładu, w tym w szczególności:

#### 1) Przewidywany czas realizacji utworzenia zakładu (w miesiącach):

#### 2) Planowana data rozpoczęcia działalności przez zakład:

#### 3) Planowana nazwa i adres zakładu:

#### 4) Rodzaj działalności zakładu (proszę wybrać właściwy rodzaj: wytwórcza, usługowa, usługowo-wytwórcza):

#### 5) Syntetyczny opis działalności (opis):

#### 6) Sposób rekrutacji niepełnosprawnych pracowników zakładu (opis):

#### 7) Zakres planowanej rehabilitacji zawodowej i społecznej (w rozumieniu art. 8 i 9 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób z niepełnosprawnościami):

#### 8) Dodatkowe informacje w zakresie planu i rodzaju działalności wytwórczej lub usługowej oraz zakresu planowanej rehabilitacji zawodowej i społecznej niepełnosprawnych pracowników zakładu, które przekazuje organizator:

##### osoby odpowiedzialne za ich realizację (podać stanowiska):

##### wskaźniki osiągnięcia celu planowanych działań (opis):

##### rozeznanie rynku zbytu dla planowanej działalności (opis) :

##### plan ekonomiczny działalności gospodarczej (opis):

##### plan sprzedaży wyrobów i usług (opis w tym dokumenty potwierdzające rozeznanie rynku, wstępne umowy, porozumienia):

##### rozeznanie rynku pracy dla pracowników z niepełnosprawnościami zakładu po zakończeniu stosunku pracy z zakładem (opis):

### Proponowana wysokość miesięcznego wynagrodzenia niepełnosprawnych pracowników zakładu zaliczonych do znacznego i umiarkowanego stopnia niepełnosprawności:

Liczba wierszy powinna odpowiadać liczbie osób niepełnosprawnych planowanych do zatrudnienia w zakładzie.

Tabela 1 Zestawienie dotyczące wysokości miesięcznego wynagrodzenia

| **Lp.** | **Proponowane stanowisko pracy/ proponowany rodzaj aktywności zawodowej** | **Wymiar czasu pracy**  | **Wykształcenie/zawód** | **Stopień i rodzaj niepełnosprawności** | **Staż pracy** | **Uczestnik Warsztatu Terapii Zajęciowej** | **Zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy[[6]](#footnote-6)** | **Proponowana wysokość wynagrodzenia wyrażona jako procentowy wskaźnik minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego w przepisach o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (brutto w zł)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |  |  |  |  |

### Proponowana liczba niepełnosprawnych pracowników zakładu, wraz z określeniem stopnia i rodzaju ich niepełnosprawności.

Tabela 2 Liczba pracowników i stopnie niepełnosprawności

| **Pracownicy zakładu** | **Liczba** |
| --- | --- |
| Zatrudnienie ogółem (w osobach)  |  |
| Personel zakładu (w osobach) |  |
| Pracownicy z niepełnosprawnościami **ze znacznym stopniem niepełnosprawności i z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności,** u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną, w tym osób, w stosunku do których rada programowa, o której mowa w art. 10a ust. 4 ustawy, zajęła stanowisko uzasadniające podjęcie zatrudnienia i kontynuowanie rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej ( w osobach oraz w procentach do ogółu zatrudnionych)  |  |
| Pracownicy z niepełnosprawnościami **z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności**, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną, w tym osób, w stosunku do których rada programowa, o której mowa w art. 10a ust. 4 ustawy, zajęła stanowisko uzasadniające podjęcie zatrudnienia i kontynuowanie rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej (w osobach i w procentach, do ogółu zatrudnionych) |  |

### Proponowana obsada etatowa zakładu, z wyszczególnieniem liczby stanowisk i wymaganych kwalifikacji pracowników wchodzących w skład personelu zakładu: kierowniczego, administracyjnego, rehabilitacyjnego i obsługowego

Liczba wierszy w kolejnych tabelach powinna odpowiadać liczbie osób planowanych do zatrudnienia wśród personelu zakładu.

Tabela 3 Personel kierowniczy

| **L.p.** | **Stanowisko** | **Wymagane wykształcenie i kwalifikacje zawodowe** | **Wymiar etatu** | **Wysokość wynagrodzenia** **brutto (w zł)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

Tabela 4 Personel administracyjny

| **L.p.** | **Stanowisko** | **Wymagane wykształcenie i kwalifikacje zawodowe** | **Wymiar etatu** | **Wysokość wynagrodzenia** **brutto (w zł)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |

Tabela 5 Personel rehabilitacyjny

| **L.p.** | **Stanowisko** | **Wymagane wykształcenie i kwalifikacje zawodowe** | **Wymiar etatu** | **Wysokość wynagrodzenia** **brutto (w zł)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |

Tabela 6 Personel obsługowy

| **L.p.** | **Stanowisko** | **Wymagane wykształcenie i kwalifikacje zawodowe** | **Wymiar etatu** | **Wysokość wynagrodzenia** **brutto (w zł)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |

## Preliminarz kosztów utworzenia zakładu z uwzględnieniem podziału na poszczególne rodzaje kosztów, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie zakładów aktywności zawodowej z kalkulacją lub innym uzasadnieniem przyjętych kosztów oraz informacja o kosztach działania zakładu, z podziałem na planowane źródła finansowania z kalkulacją lub innym uzasadnieniem przyjętych kosztów

### Całkowity koszt utworzenia i działania zakładu aktywności zawodowej

Tabela 7 Koszty utworzenia zakładu aktywności zawodowej

| **Koszty utworzenia zakładu** | **Środki PFRON[[7]](#footnote-7)** (max. dofinansowanie ze środków PFRON nie może przekroczyć 65% kosztów) | **Środki własne Organizatora** | **Pozostałe źródła finansowania ogółem****(wskazać jakie)** | **Koszt całkowity****(podsumowanie)**  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| kwota PLN |  |  |  |  |
| w procentach |  |  |  | **100%** |

Tabela 8 Koszty działania zakładu aktywności zawodowej

| **Koszty działania zakładu** | **Środki PFRON ogółem**(PFRON +SODIR[[8]](#footnote-8) +inne programy PFRON)(max. dofinansowanie ze środków PFRON nie może przekroczyć 90% kosztów) | **Środki własne Organizatora** | **Środki Samorządu Województwa**(co najmniej 10% kosztów, z tym, że udział może być zmniejszany pod warunkiem znalezienia innych źródeł finansowania) | **Pozostałe źródła finansowania ogółem**(wskazać jakie) | **Koszt całkowity**(podsumowanie) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| kwota PLN |  |  |  |  |  |
| w procentach |  |  |  |  | 100% |

Tabela 9 Suma kosztów utworzenia i działania zakładu aktywności zawodowej
w okresie (liczba miesięcy, rok)

| **Koszty**  | **Środki PFRON ogółem** | **Środki własne Organizatora** | **Środki Samorządu Województwa** | **Pozostałe źródła finansowania ogółem**(wskazać jakie) | **Koszt całkowity**(podsumowanie kolumn) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Koszty utworzenia |  |  | Nie dotyczy |  |  |
| Koszty działania |  |  |  |  |  |
| Podsumowanie wierszy |  |  |  |  |  |

### Preliminarz kosztów utworzenia zakładu, z uwzględnieniem podziału na poszczególne rodzaje kosztów, o których mowa w § 7 rozporządzenia w sprawie zakładów aktywności zawodowej z kalkulacją lub innym uzasadnieniem przyjętych kosztów:

Tabela 10 Preliminarz kosztów utworzenia zakładu aktywności zawodowej z podziałem na ich poszczególne rodzaje

| **Rodzaje kosztów** | **Wnioskowana kwota dofinansowania z PFRON** | **Środki własne Organizatora**  | **Pozostałe źródła finansowania ogółem** | **ogółem wnioskowana kwota** | **Kalkulacja lub inne uzasadnienie przyjętych kosztów** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Przystosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami pomieszczeń produkcyjnych lub pomieszczeń służących świadczeniu usług oraz pomieszczeń socjalnych i przeznaczonych na rehabilitację |  |  |  |  |  |
| Zakup sprzętu rehabilitacyjnego |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |
| Zakup surowców i materiałów potrzebnych do rozpoczęcia działalności wytwórczej lub usługowej |  |  |  |  |  |
| Zakup lub wynajem środków transportu |  |  |  |  |  |
| Suma: |  |  |  |  | Nie dotyczy  |

### Informacja o kosztach działania zakładu, z podziałem na planowane źródła finansowania z kalkulacją lub innym uzasadnieniem przyjętych kosztów

#### Informacja o przewidywanych kosztach działania zakładu aktywności zawodowej, z podziałem na źródła finansowania:

Tabela 11 Koszty działania zakładu aktywności zawodowej

| **Rodzaj kosztów** | **PFRON[[9]](#footnote-9)** | **Organizator** | **Planowane koszty działalności wytwórczej lub usługowej ZAZ[[10]](#footnote-10)** | **Kwota kosztów planowanych do poniesienia ze środków Samorządu Województwa** | **Koszt ogółem** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| koszty działania zakładu wymienione w § 8 ust. 1 rozporządzenia ministra pracy i polityki społecznej w sprawie zakładów aktywności zawodowej |   |   |   |   |   |
| koszty działania zakładu wymienione w § 8 ust. 2 rozporządzenia ministra pracy i polityki społecznej w sprawie zakładów aktywności zawodowej |   |   |   |   |   |
| Łącznie koszt działalności wytwórczej lub usługowej zakładu: |  |  |  |  |  |

Tabela 12 Środki PFRON

|  |  |
| --- | --- |
| **Środki PFRON** | **Koszt ogółem** |
| Środki PFRON pochodzące z refundacji miesięcznego wynagrodzenia osób niepełnosprawnych zatrudnionych w Zakładzie - SODIR[[11]](#footnote-11) |  |
| Środki PFRON pochodzące z algorytmu |  |
| Łącznie środki PFRON: |  |

Tabela 13 Zestawienie środków finansowych

| **Źródła finansowania** | **Koszt ogółem** |
| --- | --- |
| Środki PRFON (algorytm + SODIR) |  |
| Środki Organizatora |  |
| Planowany koszt działalności wytwórczej lub usługowej ZAZ |   |
| Kwota kosztów planowanych do poniesienia ze środków Samorządu Województwa |   |
| Kwota planowana do pokrycia ze środków PFRON przekazywanych na innej podstawie (np. programy rady nadzorczej PFRON, rekompensaty dla ZAZ) |   |
| Koszty pokrywane z innych źródeł |  |
| Łącznie: |  |

**b) Kalkulacja lub inne uzasadnienie przyjętych kosztów:**

**Kalkulacja lub inne uzasadnienie przyjętych kosztów działalności zakładu zgodnie z  § 8 rozporządzenia[[12]](#footnote-12).**

**Opis:**

## Oświadczenia

1. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że znane są mi zapisy ,,Zasad udzielania organizatorom zakładów aktywności zawodowej dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będących w dyspozycji Województwa Pomorskiego”, przyjęte Uchwałą Nr 136/520/24 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 6 lutego 2024 r. i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

(miejscowość i data)

(podpisy osób upoważnionych do reprezentowania Organizatora)

## Załączniki wymagane do wniosku:

Tabela 14 Zestawienie załączników do wniosku

| Nazwa załącznika | Nr załącznika | Załączono do wniosku(tak/nie/nie dotyczy)  | Wypełnia ROPS UMWP[[13]](#footnote-13)Uzupełniono (tak/nie) | Wypełnia ROPS UMWPData uzupełnienia |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Aktualny dokument potwierdzający status prawny i podstawę działania Organizatora, wydany nie wcześniej niż 3 miesiące przed terminem złożenia wniosku |  |  |  |  |
| Statut Organizatora  |  |  |  |  |
| Pełnomocnictwo, w przypadku gdy wniosek został podpisany przez osoby upełnomocnione do reprezentowania Organizatora |  |  |  |  |
| Dokumenty poświadczające prowadzenie przez Organizatora działalności w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnościami |  |  |  |  |
| Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu lub lokalu przeznaczonego na zakład  |  |  |  |  |
| Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON[[14]](#footnote-14) Organizatora  |  |  |  |  |
| Decyzja urzędu skarbowego o nadaniu Organizatorowi numeru NIP[[15]](#footnote-15)  |  |  |  |  |
| Oświadczenie Organizatora czy posiada prawo do odliczania podatku VAT[[16]](#footnote-16), w przypadku jeżeli nie posiada takiego prawa należy wskazać dokładną podstawę prawną |  |  |  |  |
| Plan pomieszczeń zakładu z określeniem ich przeznaczenia i metrażu w tym pomieszczeń do rehabilitacji społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnościami |  |  |  |  |
| 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, wraz z kosztorysem prac adaptacyjnych  |  |  |  |  |
| Prawomocna decyzja w sprawie: pozwolenia na budowę lub skutecznego zgłoszenia planowanych robot budowlanych przewidziane w przepisach prawa budowlanego bądź oświadczenie Organizatora o zwolnieniu robót budowlanych z obowiązku uzyskania pozwolenia na budowę lub zgłoszenia robót budowlanych  |  |  |  |  |
| Projekt regulaminu zakładu  |  |  |  |  |
| Projekt regulaminu zakładowego funduszu aktywności |  |  |  |  |
| Zakres planowanej rehabilitacji zawodowej i społecznej niepełnosprawnych pracowników zakładu ( działania organizacyjne, szkoleniowe, zakres i metody stosowane w celu osiągnięcia optymalnego uczestnictwa osób z niepełnosprawnościami w życiu społecznym i zawodowym)  |  |  |  |  |
| Dokumenty potwierdzające prowadzenie rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych co najmniej 3 lata przed złożeniem wniosku |  |  |  |  |
| Dokument potwierdzający posiadanie przez Organizatora własnych i/lub innych środków finansowych aniżeli PFRON na dofinansowanie kosztów utworzenia i działania zakładu aktywności zawodowej |  |  |  |  |
| Oświadczenie o nakładach dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na zadania będące przedmiotem wniosku. Oświadczenie powinno zawierać zestawienie faktur i innych dokumentów księgowych określających zakres rzeczowy kosztów |  |  |  |  |
| Informacja o sposobie zapewnienia doraźnej i specjalistycznej opieki medycznej, poradnictwa i usług rehabilitacyjnych (miejsce, wyposażenie, kadra) |  |  |  |  |
| Wycena majątku który wnosi Organizator na zadania będące przedmiotem wniosku |  |  |  |  |
| Propozycja sposobu zabezpieczenia kwoty uzyskanego dofinansowania  |  |  |  |  |
| Inne istotne w ocenie Organizatora dokumenty |  |  |  |  |

 (miejscowość i data)

(podpisy osób upoważnionych do reprezentowania organizatora)

Klauzula informacyjna RODO

Jeśli jest Pani/Pan osobą fizyczną, upoważnioną do reprezentowania podmiotu uprawnionego do złożenia wniosku o dofinansowaniekosztów utworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będących w dyspozycji Województwa Pomorskiego bądź osobą wskazaną do kontaktu w sprawie ww. wniosku to:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – RODO informujemy, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych będzie Zarząd Województwa Pomorskiego, z siedzibą ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk. Pozostałe nasze dane kontaktowe to: rops@pomorskie.eu i nr tel.: 58 32 68 561.

1. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować poprzez email:  iod@pomorskie.eu  lub telefonicznie 58 32 62 518 i pisemnie na adres siedziby administratora. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku i ubieganie się o otrzymanie dofinansowania  ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kosztów utworzenia i działania zakładu aktywności zawodowej. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej  i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej – tj., na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO.
3. Dane osobowe osób wskazanych we wniosku do kontaktu w sprawie ( tj. imię i nazwisko, telefon, e-mail przetwarzane będą na podstawie art.6 ust.1 lit e) RODO
( tj. w interesie publicznym).
4. Dane osobowe ww. osób będą również przetwarzane w celach archiwizacyjnych zgodnie z ustawą o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, na podstawie art. 6 ust. 1 lit c) RODO (tj. obowiązku prawnego ciążącego na administratorze).
5. Pani/Pana dane będziemy przekazywać innym podmiotom, którym zlecimy usługi związane z przetwarzaniem danych osobowych (np. dostawcom usług informatycznych). Takie podmioty będą przetwarzać dane na podstawie umowy z nami i tylko zgodnie z naszymi poleceniami. Pani/Pana dane w zakresie stanowiącym informację publiczną będą ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją lub publikowane w BIP Urzędu.
6. Dane osobowe będą przechowywane do czasu zakończenia obowiązującego nas okresu archiwizacji tj. przez 10 lat.
7. Osoba, której dane dotyczą posiada prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania lub ograniczenia przetwarzania.
8. Osoba, której dane dotyczą ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do realizacji zadań ustawowych. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia złożonego przez Panią/Pana wniosku

(miejscowość i data)

(podpisy osób upoważnionych do reprezentowania Organizatora)

1. Krajowy Rejestr Urzędowy Podmiotów Gospodarki Narodowej [↑](#footnote-ref-1)
2. Numer identyfikacji podatkowej [↑](#footnote-ref-2)
3. Podatek od towarów i usług ( z języka angielskiego Value Added Tax) [↑](#footnote-ref-3)
4. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych [↑](#footnote-ref-4)
5. Zakład Ubezpieczeń Społecznych [↑](#footnote-ref-5)
6. Jeśli odpowiedź ,,TAK”, to proszę wpisać od kiedy. [↑](#footnote-ref-6)
7. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych [↑](#footnote-ref-7)
8. System Obsługi Dofinansowań i Refundacji  [↑](#footnote-ref-8)
9. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych [↑](#footnote-ref-9)
10. Zakład Aktywności Zawodowej [↑](#footnote-ref-10)
11. System Obsługi Dofinansowań i Refundacji  [↑](#footnote-ref-11)
12. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie zakładów aktywności zawodowej  [↑](#footnote-ref-12)
13. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego [↑](#footnote-ref-13)
14. Krajowy Rejestr Urzędowy Podmiotów Gospodarki Narodowej [↑](#footnote-ref-14)
15. Numer identyfikacji podatkowej [↑](#footnote-ref-15)
16. Podatek od towarów i usług ( z języka angielskiego Value Added Tax) [↑](#footnote-ref-16)