

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SOCJALNEJ

z dnia 25 czerwca 1998 r.

w sprawie trybu i szczegółowych zasad postępowania dotyczącego zwrotu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kosztów poniesionych przez pracodawców w związku z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych.

Na podstawie art. 27 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 i Nr 160, poz. 1082) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Pracodawca zatrudniający do 24 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, ubie-

gający się o zwrot kosztów wynagrodzenia wypłacanego zatrudnionym osobom niepełnosprawnym zaliczonym do znacznego albo umiarkowanego stopnia niepełnosprawności oraz składki na ubezpieczenie społeczne od tego wynagrodzenia, składa do dyrektora wojewódzkiego urzędu pracy, zwanego dalej „dyrektorem”, wniosek o skierowanie na te stanowiska zarejestrowanych osób niepełnosprawnych.

2. Wniosek powinien określać w szczególności:

- 1) oznaczenie pracodawcy,
- 2) nazwę stanowiska pracy i informacje o warunkach pracy,
- 3) informację o stanie zatrudnienia, w tym osób niepełnosprawnych,
- 4) liczbę osób niepełnosprawnych z określeniem stopnia niepełnosprawności, przewidzianych do zatrudnienia,
- 5) wymagane kwalifikacje i umiejętności osób niepełnosprawnych, które mają być zatrudnione,
- 6) wymagania dotyczące predyspozycji fizycznych i psychicznych osób niepełnosprawnych,
- 7) przewidywany okres zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

3. Dyrektor powiadamia pracodawcę o sposobie rozpatrzenia wniosku w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania.

4. Pozytywne rozpatrzenie wniosku skutkuje zawarciem umowy, w terminie do 14 dni od dnia powiadomienia, o którym mowa w ust. 3.

5. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych następuje po zawarciu umowy, o której mowa w ust. 4.

§ 2. Umowa, o której mowa w § 1 ust. 4, przewiduje w szczególności:

- 1) termin zawarcia umowy o pracę z osobami niepełnosprawnymi skierowanymi przez rejonowy urząd pracy do zatrudnienia,
- 2) okres, na jaki będą zatrudnione osoby niepełnosprawne,
- 3) termin przedstawiania wniosków o zwrot kosztów wynagrodzenia wraz ze składką na ubezpieczenie społeczne,
- 4) termin zawiadamiania dyrektora o ustaniu stosunku pracy lub wypowiedzeniu umowy o pracę z osobami niepełnosprawnymi,
- 5) przypadki, w których umowa może być rozwiązana przez dyrektora:
 - a) niezatrudnienie w terminie osób niepełnosprawnych,
 - b) zawieszenie prowadzonej działalności.

§ 3. Dokumentację niezbędną do zwrotu kosztów, o których mowa w § 1 ust. 1, stanowi wniosek pracodawcy, do którego dołączone są:

- 1) kopie listy płac,
- 2) dowody wpłat, świadczące o odprowadzeniu składki na ubezpieczenie społeczne od wynagrodzenia zatrudnionych osób niepełnosprawnych.

§ 4. 1. Pracodawca, który zatrudni przez okres co najmniej 54 miesiące osoby niepełnosprawne skierowane do pracy przez rejonowy urząd pracy, ubiegający się o zwrot kosztów:

- 1) organizacji nowych stanowisk pracy, polegającej na wyposażeniu przestrzeni pracy (bez prac budowlanych i adaptacyjnych) w przedmioty służące bezpośrednio wykonywaniu czynności zgodnych

z kwalifikacjami osoby niepełnosprawnej oraz w przedmioty ułatwiające jej sprawne funkcjonowanie w zakładzie pracy,

- 2) przystosowania istniejących stanowisk pracy, polegającego na ich wyposażeniu stosownie do potrzeb wynikających z rodzaju i stopnia niepełnosprawności, ułatwiającego osobom niepełnosprawnym sprawne funkcjonowanie w zakładzie pracy,

- 3) wynagrodzenia wraz ze składką na ubezpieczenie społeczne od tego wynagrodzenia wypłacanego osobie niepełnosprawnej zatrudnionej na nowym lub przystosowanym stanowisku pracy,

składa we właściwym ze względu na miejsce tworzenia tych stanowisk pracy wojewódzkim urzędzie pracy, zwanym dalej „urzędem”, wniosek, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia.

2. Do wniosku załącza się:

- 1) dokumentację, o której mowa w załączniku nr 1, niezbędną do analizy i oceny wniosku,
- 2) sprawozdanie finansowe w rozumieniu przepisów o rachunkowości za dwa lata, poprzedzające datę złożenia wniosku, a w przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata — za okres co najmniej 12 miesięcy.

§ 5. 1. Dyrektor rozpatruje wnioski, o których mowa w § 4 ust. 1, kierując się:

- 1) możliwościami finansowymi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „funduszem”, w danym roku,
- 2) potrzebami lokalnego rynku pracy,
- 3) liczbą osób niepełnosprawnych, zarejestrowanych w rejonowym urzędzie pracy, o określonych kwalifikacjach,
- 4) okresem działania oraz doświadczeniem pracodawcy w zakresie zatrudniania osób niepełnosprawnych,
- 5) kondycją finansową pracodawcy, zapewniającą zatrudnianie osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 54 miesiące, która oceniana jest na podstawie:
 - a) posiadanego majątku trwałego i obrotowego,
 - b) możliwości produkcyjnych,
 - c) możliwości zbytu,
 - d) rachunku wyników,
 - e) płynności finansowej,
- 6) rentowności produkcji i usług,
- 7) kosztami organizacji stanowisk pracy,
- 8) wkładem pracodawcy w organizację tworzonych stanowisk pracy,
- 9) stanem zatrudnienia u pracodawcy,
- 10) rodzajem posiadanego tytułu prawnego do nieruchomości, na której prowadzona jest działalność gospodarcza.

2. Dyrektor powiadamia pracodawcę w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku, wraz z kompletem

dokumentów, o sposobie jego rozpatrzenia, a następnie, w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku — w terminie do 30 dni — prowadzi z pracodawcą negocjacje w przedmiocie warunków zwrotu kosztów przewidzianych do uwzględnienia w umowie.

§ 6. Zwrot kosztów, o których mowa w § 4 ust. 1, następuje na podstawie umowy, która przewiduje w szczególności:

- 1) liczbę stanowisk pracy i termin, do którego będą one zorganizowane lub przystosowane, z wyszczególnieniem elementów tego wyposażenia i określeniem kosztów jednostkowych,
- 2) termin zawarcia umowy o pracę z osobami niepełnosprawnymi skierowanymi na te stanowiska pracy przez rejonowy urząd pracy,
- 3) termin przedstawiania wniosków o zwrot kosztów wynagrodzenia wraz ze składką na ubezpieczenie społeczne oraz kopią listy płac osób zatrudnionych na nowych lub przystosowanych stanowiskach pracy, łącznie z potwierdzonym dowodem wpłaty składki na ubezpieczenie społeczne,
- 4) termin i wysokość zwrotu kosztów wynagrodzenia wypłacanego osobom niepełnosprawnym wraz ze składką na ubezpieczenie społeczne od tego wynagrodzenia,
- 5) termin zawiadamiania dyrektora o ustaniu stosunku pracy lub wypowiedzeniu umowy o pracę z osobami niepełnosprawnymi,
- 6) uzgodnienia w zakresie odbioru zorganizowanych lub przystosowanych stanowisk pracy,
- 7) przypadki re negocjacji jej warunków,
- 8) termin i wysokość zwrotu kosztów poniesionych przez pracodawcę na zorganizowanie nowych lub przystosowanie istniejących stanowisk pracy,
- 9) przypadki, w których umowa może być rozwiązana przez dyrektora:
 - a) nie utworzenie w terminie nowych stanowisk pracy,
 - b) niezatrudnienie osób niepełnosprawnych na utworzonych lub przystosowanych stanowiskach pracy,
 - c) brak jego zgody na zbycie i odtworzenie wyposażenia nowych lub przystosowanych stanowisk pracy, za które nastąpił zwrot kosztów ze środków funduszu,
 - d) likwidacja stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych,
 - e) zawieszenie prowadzonej działalności,
 - f) negatywna opinia Państwowej Inspekcji Pracy o zorganizowanym nowym lub przystosowanym istniejącym stanowisku pracy dla osoby niepełnosprawnej.

§ 7. Pracodawca składa dyrektorowi wystąpienie o uruchomienie środków z funduszu, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 8. 1. Dyrektor zwraca się do Państwowej Inspekcji Pracy o wydanie opinii o utworzonym lub przystosowanym stanowisku pracy.

2. Państwowa Inspekcja Pracy wydaje opinię w formie postanowienia o utworzonym lub przystosowanym stanowisku pracy, wynikającą z zakresu jej działania określonego odrębnymi przepisami.

§ 9. Zwrotowi, o którym mowa w § 4 ust. 1, mogą podlegać koszty poniesione przez pracodawcę na:

- 1) zakup środków trwałych, stanowiących bezpośrednio wyposażenie nowych lub przystosowanych stanowisk pracy, warunkujących wykonawstwo powierzonych, zgodnie z kwalifikacjami osoby niepełnosprawnej, czynności — po udokumentowaniu ich zakupu w formie rachunku, faktury lub dowodów wpłaty,
- 2) zakup linii technologicznej,
- 3) wytworzenie środka trwałego systemem gospodarczym lub w zakładzie pracy,
- 4) zakup sprzętu używanego,
- 5) podatek od towarów i usług w odniesieniu do pracodawców, którzy:
 - a) nie są jego płatnikami,
 - b) prowadzą działalność zwolnioną z tego podatku,
 - c) nie mają prawa do obniżenia lub zwrotu różnicy między podatkiem należnym a naliczonym,
- 6) wynagrodzenie wraz ze składką na ubezpieczenie społeczne od tego wynagrodzenia.

§ 10. 1. Pracodawca jest zobowiązany przedstawić przy dokumentowaniu:

- 1) zakupu, o którym mowa w § 9 pkt 2 — ocenę rzeczoznawcy co do liczby osób koniecznych do jej obsługi bezpośredniej i pośredniej,
- 2) zakupu, o którym mowa w § 9 pkt 4 — ocenę techniczną wraz z wyceną rzeczoznawcy oraz umowę kupna-sprzedaży poświadczoną przez urząd skarbowy,
- 3) wytworzenia środka trwałego, o którym mowa w § 9 pkt 3 — ocenę techniczną wraz z wyceną rzeczoznawcy.

2. Koszty oceny i wyceny rzeczoznawcy, o których mowa w ust. 1, finansuje pracodawca.

§ 11. Dokumentację niezbędną do zwrotu kosztów wynagrodzenia wraz ze składką na ubezpieczenie społeczne stanowi wniosek pracodawcy, do którego dołączone są:

- 1) kopie listy płac,
- 2) dowody wpłat świadczące o odprowadzeniu składki na ubezpieczenie społeczne od wynagrodzeń zatrudnionych osób niepełnosprawnych.

§ 12. Zwrot kosztów zasiłku chorobowego wypłacanego pracownikowi następuje tylko w przypadku, gdy obciąża on koszty wynagrodzeń pracodawcy.

§ 13. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Załączniki do rozporządzenia Ministra
Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 25 czerw-
ca 1998 r. (poz. 548)

Załącznik nr 1

Nr akt

Data wpływu

Wojewódzki Urząd Pracy

w

WNIOSEK

DLA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ZWROT ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (PFRON)

kosztów:

- **organizacji nowych stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych**
- **przystosowania istniejących stanowisk pracy stosownie do potrzeb osób niepełnosprawnych**
- **wynagrodzenia wypłacanego osobom niepełnosprawnym skierowanym na nowo utworzone stanowiska pracy lub przystosowane istniejące stanowiska pracy**

Adres korespondencyjny

Nazwisko Imię

miejsowość województwo

ulica telefon fax

kod poczta

I. INFORMACJE OGÓLNE

1. Dane o zakładzie pracy:

- nazwa.....
- adres
- telefon fax
- nr REGON
- numer konta bankowego

- forma prawna
(przedsiębiorstwo państwowe, spółdzielnia, spółka akcyjna, spółka z o.o., spółka cywilna,
działalność indywidualna)

- rodzaj działalności.....
(produkcja, usługi, handel)
.....
.....

- krótki opis dotychczasowej działalności

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

- **ważniejsze osiągnięcia zakładu pracy**
.....
.....
.....
.....
.....

- **czy zakład pracy jest płatnikiem VAT?**
jeśli TAK, proszę podać NIP

- **czy zakład pracy korzystał ze środków PFRON?**.....
jeśli TAK, proszę podać:
 - termin
 - w jakim województwie
 - na jaki cel
 - wysokość zwrotu kosztów
 - liczbę nowych stanowisk pracy

2a. Informacja o właścicielu, małżonku lub udziałowcach zakładu pracy:
(dotyczy działalności indywidualnej oraz spółek bez osobowości prawnej)

- liczba udziałowców
- Prosimy o przygotowanie informacji o każdym udziałowcu wg następującego schematu:*
- nazwisko i imię
- dowód osobisty: seria nr
- wydany przez dnia
- miejsce zamieszkania (z kodem)
-
- telefon..... fax
- stan cywilny
- jeżeli istnieje wspólność (współwłasność) majątkowa, to należy podać poniższe dane:
- nazwisko i imię małżonka
- dowód osobisty: seria nr
- wydany przez dnia
- miejsce zamieszkania (z kodem)
- miejsce zatrudnienia
-

2b. Informacja o właścicielu lub udziałowcach zakładu pracy:

(dotyczy zakładów pracy posiadających osobowość prawną)

- nazwisko i imię
 - stanowisko
 - dowód osobisty: seria nr
 - wydany przez dnia
 - miejsce zamieszkania (z kodem)
.....
.....
 - telefon fax
-

- nazwisko i imię
 - stanowisko
 - dowód osobisty: seria nr
 - wydany przez dnia
 - miejsce zamieszkania (z kodem)
.....
.....
 - telefon fax
-

- nazwisko i imię
- stanowisko
- dowód osobisty: seria nr
- wydany przez dnia
- miejsce zamieszkania (z kodem)
.....
.....
- telefon fax

3. Analiza finansowa

- Prosimy o przedstawienie informacji o:

majątku zakładu pracy (według tabeli 1):

- za dwa lata poprzednie, a w przypadku zakładu pracy działającego przez okres krótszy niż dwa lata — za okres 12 miesięcy i rok bieżący,
- planowanej wielkości majątku (przy założeniu otrzymania zwrotu kosztów ze środków PFRON) w okresie bieżącego roku.

Przedsiębiorstwa państwowe, spółdzielnie, spółki z o.o., spółki akcyjne składają dodatkowo bilans na formularzu F-02 za rok poprzedni.

źródłach finansowania majątku zakładu pracy (według tabeli 2):

- za dwa lata poprzednie, a w przypadku zakładu pracy działającego przez okres krótszy niż dwa lata — za okres 12 miesięcy i rok bieżący,
- planowanej wielkości majątku (przy założeniu otrzymania zwrotu kosztów ze środków PFRON) w okresie bieżącego roku.

rachunku wyników (na formularzu F-01) w układzie miesięcznym (średni miesiąc w roku) i rocznym:

- za dwa lata poprzednie, a w przypadku zakładu pracy działającego przez okres krótszy niż dwa lata — za okres 12 miesięcy i rok bieżący,
 - przewidywanych (przy założeniu otrzymania zwrotu kosztów ze środków PFRON) w okresie najbliższego roku.
- Przy sporządzaniu zestawienia rocznego prosimy uwzględnić sezonowość oraz przestoje w produkcji i w sprzedaży, jak również okres urlopów i inne wahania przychodów.

- Zaległe zobowiązania (długoterminowe):

budżetowe zł

inne zł

- Kredyty bankowe zł

nazwa banku

- Oświadczam, że nie toczy się w stosunku do zakładu pracy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.

Świadomy(mi) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 247 k.k.) oświadczam(y), że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
(podpis kierownika/właściciela)

Tabela 1

Bilans

Majątek	Wartość (w zł)		
	rok 199...	rok 199...	bieżący rok
Ziemia
Budynki
Pozostały rzeczowy majątek
w tym:
.....
Zapasy
w tym:
.....
Środki na rachunku bankowym
Inne
Należności od odbiorców
RAZEM

Tabela 2

Źródła finansowania majątku zakładu pracy

Wyszczególnienie	Wartość (w zł)		
	rok 199...	rok 199...	bieżący rok
Kapitał własny
Zewnętrzne źródła finansowania
• kredyty
• inne zobowiązania długoterminowe
Zobowiązania wobec dostawców
RAZEM

• 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	Wyposażenie przystosowanego 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.

Wykaz załączników do wniosku:

- 1) kopia dokumentu poświadczającego prawną formę istnienia zakładu:
 - *zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej dla osób fizycznych i jednostek nie posiadających osobowości prawnej,*
 - *wyciąg z rejestru handlowego i aktu notarialnego — w przypadku osób prawnych,*
 - *umowa spółki cywilnej potwierdzona w urzędzie skarbowym,*
 - *w szczególnych przypadkach koncesja lub pozwolenie na prowadzenie działalności,*
- 2) kopia dokumentu określającego tytuł prawny do lokalu, w którym mają zostać utworzone nowe (przystosowane istniejące) stanowiska pracy,
- 3) zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o niezaleganiu w opłaceniu składek na ubezpieczenie społeczne za zatrudnionych pracowników,
- 4) dokumenty z urzędu skarbowego:
 - *dla osób opłacających zryczałtowany podatek — informacja o wysokości opłaty,*
 - *decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków,*
 - *osoby fizyczne — zaświadczenie z urzędu skarbowego o niezaleganiu z podatkami i o wysokości dochodów i obrotów,*
 - *osoby prawne — sprawozdanie finansowe za rok poprzedni i bieżący oraz zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami,*
- 5) sprawozdanie o przychodach, kosztach i wyniku finansowym (F-01) za okres dwóch ubiegłych lat oraz za rok bieżący,
- 6) zaświadczenie o zarejestrowaniu w wojewódzkim urzędzie statystycznym i nadaniu numeru identyfikacyjnego REGON,
- 7) kopia deklaracji wpłat na PFRON z ostatniego miesiąca obowiązku dokonania wpłaty (dotyczy zakładów pracy zobowiązanych do wpłat na PFRON),
- 8) charakterystyka nowych (przystosowanych istniejących) stanowisk pracy — załącznik nr 1 do wniosku,
- 9) opinia rejonowego urzędu pracy, dotycząca możliwości skierowania do pracy na każde nowe lub przystosowane istniejące stanowisko pracy zarejestrowanych osób niepełnosprawnych — załącznik nr 1 do wniosku,
- 10) sprawozdanie ze stanu zatrudnienia za okres sześciu miesięcy przed wystąpieniem o zwrot kosztów — załącznik nr 2 do wniosku,
- 11) inne dokumenty mogące świadczyć na korzyść wnioskodawcy,
- 12) inne dokumenty wymagane przez wojewódzki urząd pracy.

Załącznik nr 1 do wniosku dla ubiegającego się o zwrot kosztów ze środków PFRON

Charakterystyka nowego lub przystosowanego istniejącego stanowiska pracy *

- Nazwa stanowiska pracy
- Liczba osób przewidzianych do zatrudnienia na tym stanowisku pracy
- Wymagane kwalifikacje i umiejętności
- Opis operacji i czynności na nowo tworzonym stanowisku pracy
- Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych
- Określenie pozycji przy pracy (siedząca, stojąca, siedząco - chodząca, stojąco - chodząca, stojąco - siedząca)
- Czy występują: hałas, drgania, gazy i opary substancji chemicznych, pył, czynniki uczulające itp. Jeśli TAK, to jakie?

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

Opinia Rejonowego Urzędu Pracy o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej nowe stanowiska pracy zarejestrowanych osób niepełnosprawnych

.....
(data)

pieczęć

.....
(podpis)

Załącznik nr 2 do wniosku dla ubiegającego się o zwrot kosztów ze środków PFRON

Sprawozdanie ze stanu zatrudnienia za okres sześciu 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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nr akt
Data wpływu

Wojewódzki Urząd Pracy

w

WYSTĄPIENIE
O URUCHOMIENIE ŚRODKÓW
Z PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
(PFRON)

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów zgodnie z umową

nrz dnia

w kwociezł słownie

.....
w formie przelewu na konto w

nr

.....
(pieczęćka imienna
i podpis pracodawcy)

Do wystąpienia załączam:

- 1) zestawienie kosztów organizacji nowych stanowisk pracy lub przystosowania istniejących stanowisk pracy — załącznik nr 1,
- 2) zestawienie do zwrotu kosztów organizacji nowych stanowisk pracy lub przystosowania istniejących stanowisk pracy — załącznik nr 2,
- 3) listę nowo przyjętych pracowników — załącznik nr 3,
- 4) rachunki, faktury, umowy w liczbie.....,
- 5) skierowania z rejonowego urzędu pracy,
- 6) umowy o pracę,
- 7) orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
- 8) świadectwa zdolności do pracy,
- 9) oświadczenie, że zatrudnione na nowych stanowiskach pracy osoby niepełnosprawne nie pracowały u pracodawcy w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku,
- 10) wypis z ewidencji środków trwałych,
- 11) wycenę lub ocenę rzeczoznawcy w przypadku:
 - a) zakupu linii technologicznej,
 - b) wytworzenia środka trwałego systemem gospodarczym lub w zakładzie pracy,
 - c) zakupu sprzętu używanego wraz z umową kupna-sprzedaży poświadczoną przez urząd skarbowy,
- 12) inne dokumenty wymagane przez wojewódzki urząd pracy.

Uwaga!

Dokumenty wymienione w pkt 3—11 pracodawca przedstawia wraz z ich kserokopiami. Wojewódzki urząd pracy poświadcza za zgodność z oryginałem i zatrzymuje kserokopię.

Załącznik nr 3 do wystąpienia o uruchomienie środków PFRON

LISTA NOWO PRZYJĘTYCH PRACOWNIKÓW

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień niepełnosprawności	Stanowisko	Wymiar czasu pracy	Kwota do zwrotu (wypełnia wojewódzki urząd pracy)	
					wynagrodzenie	składka ZUS
1	2	3	4	5	6	7
RAZEM						