

PROJEKT ZWALNIONY Z KOMISJI PRAWNICZEJ

Projekt z dnia 4 czerwca 2012 r.

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ<sup>1)</sup>**

z dnia ..... 2012 r.

**w sprawie dofinansowania kosztów szkolenia polskiego języka migowego, systemu językowo-migowego, sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych oraz tłumacza-przewodnika**

Na podstawie art. 18 ust. 4 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. Nr 209, poz. 1243) zarządza się, co następuje:

**§ 1. Rozporządzenie określa:**

- 1) tryb składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie kosztów szkolenia polskiego języka migowego (PJM), systemu językowo-migowego (SJM), sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN) lub tłumacza-przewodnika, zwanych dalej „wnioskami”;
- 2) wysokość oraz sposób przyznawania i przekazywania środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „Funduszem”, na dofinansowanie kosztów szkolenia PJM, SJM, SKOGN lub tłumacza-przewodnika, zwane dalej „dofinansowaniem”;
- 3) zakres oraz formę dodatkowych informacji i dokumentów składanych wraz z wnioskiem;
- 4) wzory wniosków.

**§ 2. 1.** Osoba uprawniona, członek jej rodziny oraz osoba mająca stały lub bezpośredni kontakt z osobą uprawnioną, zwane dalej „wnioskodawcą”, składają wniosek do oddziału Funduszu właściwego ze względu na miejsce ich zamieszkania.

2. Wzór wniosku osoby uprawnionej o dofinansowanie jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

3. Wzór wniosku członka rodziny osoby uprawnionej o dofinansowanie jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

4. Wzór wniosku osoby mającej stały lub bezpośredni kontakt z osobą uprawnioną o dofinansowanie jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

5. Wniosek można składać w formie papierowej lub elektronicznej opatrzony bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą ważnego

<sup>1)</sup> Minister Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 248, poz. 1485).

kwalifikowanego certyfikatu w rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. Nr 130, poz. 1450, z późn. zm.<sup>2)</sup>).

6. Wniosek można złożyć w każdym czasie. Wniosek złożony w okresie od dnia 1 listopada do dnia 31 grudnia danego roku kalendarzowego jest rozpatrywany w pierwszym miesiącu następnego roku.

**§ 3. 1.** W przypadku złożenia niekompletnego wniosku Fundusz powiadamia wnioskodawcę w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku o konieczności jego uzupełnienia.

2. Braki formalne we wniosku powinny być usunięte w terminie 7 dni od dnia otrzymania przez wnioskodawcę informacji o tych brakach.

3. Nieusunięcie braków formalnych w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

**§ 4. 1.** Fundusz przekazuje wnioskodawcy informację o sposobie rozpatrzenia wniosku w terminie 30 dni od dnia otrzymania kompletnego wniosku.

2. Wniosek rozpatrzony pozytywnie stanowi podstawę do zawarcia umowy z wnioskodawcą.

3. Umowa jest zawierana pomiędzy wnioskodawcą a Funduszem w siedzibie oddziału Funduszu, o którym mowa w § 2 ust. 1.

**§ 5.** W umowie są określone w szczególności:

- 1) strony umowy;
- 2) nazwa organizatora szkolenia;
- 3) przedmiot dofinansowania;
- 4) termin i liczba godzin szkolenia;
- 5) kwota dofinansowania oraz termin i tryb przekazania środków;
- 6) zobowiązanie wnioskodawcy do:
  - a) pokrycia udziału własnego w kosztach wnioskowanego szkolenia,
  - b) uczestniczenia w zajęciach przewidzianych w programie organizatora szkolenia,
  - c) przekazania, nie później niż na 14 dni przed dniem rozpoczęcia szkolenia, oświadczenia organizatora szkolenia zawierającego:
    - adres organizatora szkolenia,
    - NIP oraz numer rachunku bankowego organizatora szkolenia,
    - potwierdzenie zgłoszenia udziału wnioskodawcy w szkoleniu z PJM, SJM, SKOGN lub tłumacza-przewodnika,
    - koszt szkolenia,
    - potwierdzenie wpłaty udziału własnego przez wnioskodawcę;
- 7) szczegółowe warunki zmiany i rozwiązania umowy.

**§ 6. 1.** Dofinansowanie wynosi:

- 1) dla osoby uprawnionej - nie więcej niż 95% kosztów szkolenia;
- 2) dla członka rodziny osoby uprawnionej oraz osoby mającej z nią stały lub bezpośredni kontakt - nie więcej niż 90% kosztów szkolenia.

2. Kwota przekazanego dofinansowania nie może być wyższa od faktycznego kosztu uczestnictwa wnioskodawcy w szkoleniu.

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 124, poz. 1152 i Nr 217, poz. 2125, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, z 2005 r. Nr 64, poz. 363, z 2006 r. Nr 145, poz. 1050, z 2009 r. Nr 18, poz. 97, z 2010 r. Nr 40, poz. 230 i Nr 182, poz. 1228 oraz z 2011 r. Nr 106, poz. 622.

§ 7. 1. Rozliczenie dofinansowania następuje na podstawie faktury lub rachunku wystawionego na wnioskodawcę oraz dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia przez wnioskodawcę.

2. Wnioskodawca przekazuje do Funduszu dokumenty, o których mowa w ust. 1, w terminie 14 dni od dnia zakończenia szkolenia.

3. Dofinansowanie jest przekazywane na rachunek bankowy organizatora szkolenia w terminie 14 dni roboczych od dnia otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 1.

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

**MINISTER PRACY I POLITYKI  
SPOŁECZNEJ**

do rozporządzenia  
Ministra Pracy i Polityki Społecznej  
z dnia ... 2012 r. (poz. ...)

Załącznik nr 1

## WZÓR

**Wniosek osoby uprawnionej  
o dofinansowanie kosztów szkolenia polskiego języka migowego (PJM), systemu językowo-migowego (SJM),  
sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN) lub tłumacza-przewodnika**

| 1. Oddział Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:  |                |                              |  |   |
|--|----------------|------------------------------|--|---|
| 2. Data wypełnienia wniosku:   |                |                              |  |   |
| <b>I. Dane wnioskodawcy</b>  |                |                              |  |   |
| 3. Imię  |                | 4. Nazwisko                  |  | 5. Płeć*<br><input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |
| 6. Numer PESEL**   |                | 7. Nr telefonu i nr faksu*** |  | 8. Adres poczty elektronicznej (e-mail)***                                      |
| Adres zamieszkania* <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś                                    |                |                              |  |   |
| 9. Województwo****   |                | 10. Miejscowość              |  | 11. Kod pocztowy  |
| 12. Poczta   |                | 13. Ulica                    |  | 14. Nr domu   |
|  |                |                              |  | 15. Nr lokalu   |
| Adres do korespondencji - jeżeli jest inny niż adres zamieszkania  |                |                              |  |   |
| 16. Województwo****  |                | 17. Miejscowość              |  | 18. Kod pocztowy  |
| 19. Poczta   |                | 20. Ulica                    |  | 21. Nr domu   |
|  |                |                              |  | 22. Nr lokalu   |
| <b>II. Przedmiot dofinansowania*****</b>   |                |                              |  |   |
| 23. PJM (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)  |                |                              |  |   |
| 24. SJM (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)  |                |                              |  |   |
| 25. SKOGN (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)  |                |                              |  |   |
| 26. tłumacz-przewodnik (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)                                       |                |                              |  |   |
| <b>III. Nazwa i adres organizatora szkolenia:</b>  |                |                              |  |   |
| <b>IV. Termin i liczba godzin szkolenia:</b>   |                |                              |  |   |
| <b>V. Koszt szkolenia:</b>   |                |                              |  |   |
| <b>VI. Uzasadnienie celu szkolenia:</b>  |                |                              |  |   |
| <b>VII. Ukończone kursy i szkolenia:</b>   |                |                              |  |   |
| Lp.  | Rok ukończenia | Liczba godz.                 | Rodzaj (PJM, SJM, SKOGN, tłumacz-przewodnik) | Poziom  |
|  |                |                              |  |   |
| Oświadczam, że:  |                |                              |  |   |
| 1) nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), |                |                              |  |   |
| 2) w bieżącym roku nie korzystałem (-am) ze środków PFRON na szkolenie PJM, SJM, SKOGN lub tłumacza-przewodnika,     |                |                              |  |   |
| 3) posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach szkolenia.                                      |                |                              |  |   |
| .....<br>(podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej<br>do jego reprezentowania)                                     |                |                              |  |   |

\* Właściwe zaznaczyć.

\*\* W przypadku nieposiadania numeru PESEL - seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

\*\*\* Pole nieobowiązkowe.

\*\*\*\* Nie dotyczy osób mających miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

\*\*\*\*\* Właściwe podkreślić.

## WZÓR

## Wniosek członka rodziny osoby uprawnionej

o dofinansowanie kosztów szkolenia polskiego języka migowego (PJM), systemu językowo-migowego (SJM), sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN) lub tłumacza-przewodnika

| 1. Oddział Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:  |                |                                 |  |   |
|--|----------------|---------------------------------|--|---|
| 2. Data wypełnienia wniosku:   |                |                                 |  |   |
| <b>I. Dane wnioskodawcy</b>  |                |                                 |  |   |
| 3. Imię  |                | 4. Nazwisko                     |  | 5. Płeć*  |
|  |                |                                 |  | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |
| 6. Numer PESEL**   |                | 7. Nr telefonu i nr faksu***    |  | 8. Adres poczty elektronicznej (e-mail)***                          |
| Adres zamieszkania*  |                | <input type="checkbox"/> miasto |  | <input type="checkbox"/> wieś                                       |
| 9. Województwo****   |                | 10. Miejscowość                 |  | 11. Kod pocztowy  |
| 12. Poczta   |                | 13. Ulica                       | 14. Nr domu                                  | 15. Nr lokalu   |
| Adres do korespondencji - jeżeli jest inny niż adres zamieszkania  |                |                                 |  |   |
| 16. Województwo****  |                | 17. Miejscowość                 |  | 18. Kod pocztowy  |
| 19. Poczta   |                | 20. Ulica                       | 21. Nr domu                                  | 22. Nr lokalu   |
| <b>II. Przedmiot dofinansowania*****</b>   |                |                                 |  |   |
| 23. PJM (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)  |                |                                 |  |   |
| 24. SJM (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)  |                |                                 |  |   |
| 25. SKOGN (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)  |                |                                 |  |   |
| 26. tłumacz-przewodnik (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)                                       |                |                                 |  |   |
| <b>III. Nazwa i adres organizatora szkolenia:</b>  |                |                                 |  |   |
| <b>IV. Termin i liczba godzin szkolenia:</b>   |                |                                 |  |   |
| <b>V. Koszt szkolenia:</b>   |                |                                 |  |   |
| <b>VI. Uzasadnienie celu szkolenia:</b>  |                |                                 |  |   |
| <b>VII. Ukończone kursy i szkolenia:</b>   |                |                                 |  |   |
| Lp.  | Rok ukończenia | Liczba godz.                    | Rodzaj (PJM, SJM, SKOGN, tłumacz-przewodnik) | Poziom  |
|  |                |                                 |  |   |
|  |                |                                 |  |   |
| Oświadczam, że:  |                |                                 |  |   |
| 1) nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), |                |                                 |  |   |
| 2) w bieżącym roku nie korzystałem (-łam) ze środków PFRON na szkolenie PJM, SJM, SKOGN lub tłumacza-przewodnika,    |                |                                 |  |   |
| 3) posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach szkolenia.                                      |                |                                 |  |   |
| <p>.....</p> <p>(podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania)</p>                             |                |                                 |  |   |

\* Właściwie zaznaczyć.

\*\* W przypadku nieposiadania numeru PESEL - seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

\*\*\* Pole nieobowiązkowe.

\*\*\*\* Nie dotyczy osób mających miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

\*\*\*\*\* Właściwie podkreślić.

**WZÓR**

**Wniosek osoby mającej stały lub bezpośredni kontakt z osobą uprawnioną  
o dofinansowanie kosztów szkolenia polskiego języka migowego (PJM), systemu językowo-migowego (SJM),  
sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN) lub tłumacza-przewodnika**

|   |                                     |   |  |        |
|---|-------------------------------------|---|--|--------|
| 1. Oddział Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:   |                                     |   |  |        |
| 2. Data wypełnienia wniosku:  |                                     |   |  |        |
| <b>I. Dane wnioskodawcy</b>   |                                     |   |  |        |
| 3. Imię   | 4. Nazwisko                         | 5. Płeć*<br><input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |  |        |
| 6. Numer PESEL**  | 7. Nr telefonu i nr faksu***        | 8. Adres poczty elektronicznej (e-mail)***                                      |  |        |
| Adres zamieszkania* <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś                                     |                                     |   |  |        |
| 9. Województwo****  | 10. Miejscowość                     | 11. Kod pocztowy  |  |        |
| 12. Poczta  | 13. Ulica                           | 14. Nr domu   | 15. Nr lokalu                                |        |
| Adres do korespondencji - jeżeli jest inny niż adres zamieszkania   |                                     |   |  |        |
| 16. Województwo****   | 17. Miejscowość                     | 18. Kod pocztowy  |  |        |
| 19. Poczta  | 20. Ulica                           | 21. Nr domu   | 22. Nr lokalu                                |        |
| <b>II. Przedmiot dofinansowania*****</b>  |                                     |   |  |        |
| 23. PJM (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)   |                                     |   |  |        |
| 24. SJM (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)   |                                     |   |  |        |
| 25. SKOGN (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)   |                                     |   |  |        |
| 26. tłumacz-przewodnik (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)  |                                     |   |  |        |
| <b>III. Nazwa i adres organizatora szkolenia:</b>   |                                     |   |  |        |
| <b>IV. Termin i liczba godzin szkolenia:</b>  |                                     |   |  |        |
| <b>V. Koszt szkolenia:</b>  |                                     |   |  |        |
| <b>VI. Uzasadnienie celu szkolenia:</b>   |                                     |   |  |        |
| <b>VII. Posiadam stały i bezpośredni kontakt z osobami doświadczającymi trudności w komunikowaniu się, w ramach*:</b> |                                     |   |  |        |
| <input type="checkbox"/>  | wykonywania obowiązków służbowych   | <input type="checkbox"/>  | wykonywanej działalności gospodarczej        |        |
| <input type="checkbox"/>  | wykonywanej działalności społecznej | <input type="checkbox"/>  | wykonywania innych obowiązków, jakich:       |        |
| <b>VIII. Ukończone kursy i szkolenia:</b>   |                                     |   |  |        |
| Lp.   | Rok ukończenia                      | Liczba godz.  | Rodzaj (PJM, SJM, SKOGN, tłumacz-przewodnik) | Poziom |
|   |                                     |   |  |        |
| Oświadczam, że:   |                                     |   |  |        |
| 1) nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON),  |                                     |   |  |        |
| 2) w bieżącym roku nie korzystałem (-łam) ze środków PFRON na szkolenie PJM, SJM,SKOGN lub tłumacza-przewodnika,      |                                     |   |  |        |
| 3) posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach szkolenia.                                       |                                     |   |  |        |
| .....<br>(podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania)   |                                     |   |  |        |

\* Właściwie zaznaczyć.

\*\* W przypadku nieposiadania numeru PESEL - seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

\*\*\* Pole nieobowiązkowe.

\*\*\*\* Nie dotyczy osób mających miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

\*\*\*\*\* Właściwie podkreślić.

## UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie dofinansowania kosztów szkolenia polskiego języka migowego, systemu językowo-migowego, sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych oraz tłumacza-przewodnika stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 18 ust. 4 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. Nr 209, poz.1243).

Zgodnie z przedmiotowym upoważnieniem, minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) tryb składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie kosztów szkolenia PJM, SJM, SKOIGN lub tłumacza-przewodnika;
- 2) wysokość oraz sposób przyznawania i przekazywania środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, na dofinansowanie kosztów szkolenia PJM, SJM, SKOIGN lub tłumacza-przewodnika;
- 3) zakres oraz formę dodatkowych informacji i dokumentów składanych wraz z wnioskiem;
- 4) wzory wniosków.

Celem projektowanego rozporządzenia jest zapewnienie osobom uprawnionym, członkom ich rodzin oraz osobom mającym stały lub bezpośredni kontakt z osobami uprawnionymi możliwości skorzystania z dofinansowania kosztów kształcenia na różnym poziomie z wybranej przez siebie metody komunikowania się.

Podmioty te będą mogły złożyć wnioski do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania Oddziału Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. W § 2 i § 3 projektowanego rozporządzenia określono tryb składania i rozpatrywania przedmiotowych wniosków. Wzory wniosków zostały określone w załącznikach do rozporządzenia.

Projektodawca w § 4 wskazał, iż w przypadku przekazania przez uprawniony podmiot wniosku o dofinansowanie szkolenia, spełniającego wymagania formalne i merytoryczne, zawierana jest umowa, na podstawie której może zostać udzielone dofinansowanie do szkolenia. Przepisy § 5 określają składniki umowy zawieranej pomiędzy oddziałem Funduszu a wnioskodawcą. Wskazuje się na przesłanki jakie musi spełnić wnioskodawca, aby mógł skorzystać z możliwości dofinansowania.

W § 6 określono wysokość dofinansowania, która została zróżnicowana ze względu na kategorię wnioskodawcy mogącego ubiegać się o dofinansowanie i nie może być wyższa - dla osoby uprawnionej, nie więcej niż 95% tych kosztów, - dla członka rodziny osoby uprawnionej oraz osoby mającej z nią stały lub bezpośredni kontakt, nie więcej niż 90% tych kosztów.

W § 7 projektodawca przesądził o formie i trybie przekazania środków finansowych na konto organizatora szkolenia, uwarunkowując to obowiązkiem wnioskodawcy do przedłożenia w terminie 14 dni od dnia zakończenia szkolenia faktury lub rachunku wystawionego na wnioskodawcę oraz dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia przez wnioskodawcę. Przekazanie środków finansowych nastąpi w terminie 14 dni roboczych od dnia otrzymania powyższych dokumentów, na konto organizatora szkolenia.

Projekt rozporządzenia nie jest objęty przepisami Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów dotyczących

notyfikacji norm i aktów prawnych.

Projekt rozporządzenia został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbiningowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.). Żaden podmiot nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem.

### Ocena skutków regulacji

#### 1. Podmioty, na które będzie oddziaływało rozporządzenie.

- osoby uprawnione, członkowie ich rodzin oraz osoby mające stały lub bezpośredni kontakt z osobami uprawnionymi,
- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- podmioty prowadzące szkolenia.

#### 2. Konsultacje społeczne.

Tekst projektu rozporządzenia został przekazany do uzgodnień międzyresortowych i z partnerami społecznymi w rozumieniu ustawy z dnia 6 lipca 2001 r. o Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno-Gospodarczych i wojewódzkich komisjach dialogu społecznego (Dz. U. Nr 100, poz. 1080, z późn. zm.), tj.:

1. Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych,
2. Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”,
3. Forum Związków Zawodowych,
4. Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej,
5. Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych „Lewiatan”,
6. Związkowi Rzemiosła Polskiego,
7. Business Centre Club - Związkowi Pracodawców.

Żaden z podmiotów nie zgłosił uwag do przedmiotowego rozporządzenia.

#### 3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

Wdrożenie projektu rozporządzenia nie spowoduje skutków finansowych dla sektora finansów publicznych, w tym dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

Wydatki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych związane z dofinansowaniem kosztów szkolenia PJM, SJM, SKOBN lub tłumacza-przewodnika będą finansowane w ramach wydatków zaplanowanych w planie finansowym PFRON na 2012 r. stanowiącym załącznik do ustawy budżetowej na rok 2012. Wymaga to jednak zmiany w ww. planie finansowym. W związku z tym PFRON skierował do Ministra Finansów wnioski w tej sprawie.

Na podstawie istniejących na rynku ofert przyjęto, iż maksymalny koszt ww. dofinansowania szkolenia dla 1 osoby wyniesie 680 zł. Należy zauważyć, iż jest to maksymalna kwota, gdyż średni koszt kursu oscyluje na poziomie 450-680 zł.

Wysokość dofinansowania szkolenia nie może być wyższa niż 20% przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym



Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227, z późn. zm.).

Jak wynika z przyjętych założeń szkolenia dotyczyć będą ok. 2300 osób rocznie, co daje kwotę 1 564 000 zł rocznie. Jednocześnie należy podkreślić, iż jest to maksymalna kwota. W związku z faktem, iż rozporządzenie przewiduje fakultatywną możliwość dofinansowania ww. kosztów to obciążenie budżetu PFRON może wynieść średnio 1 035 000 zł (przy założeniu 450 zł za kurs) w pierwszym roku udzielania dofinansowań lub pociągać za sobą mniejsze skutki finansowe.

#### **4. Wpływ regulacji na rynek pracy.**

Wdrożenie projektu rozporządzenia nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

#### **5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.**

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki.

#### **6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny.**

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionalny.