



# Wniosek dla pracodawców na utrzymanie zagrożonych likwidacją miejsc pracy osób niepełnosprawnych

Termin składania wniosków: **15 września 2025 r.**

Adresat: właściwy ze względu na miejsce prowadzenia działalności Oddział Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

Adres: .....

## 1. Dane wnioskodawcy:

Pełna nazwa:.....

Skrót nazwy (jeżeli dotyczy): .....

Nr w rejestrze NIP (jeżeli dotyczy): .....

Nr w rejestrze REGON (jeżeli dotyczy): .....

Nr PKD: .....

Liczba zatrudnionych osób niepełnosprawnych: .....

Adres miejsca prowadzenia działalności (ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy, poczta, województwo, powiat, gmina):

.....  
.....

Adres do korespondencji (ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy, poczta, województwo, powiat, gmina):

.....  
.....

Dane osoby odpowiedzialnej za kontakt z PFRON:

Imię i nazwisko: .....

telefon: .....

fax: .....

e-mail:.....

## 2. Oświadczenia

- a. Oświadczam, że w wyniku powodzi poniosłem/am następujące straty:  
(należy wyszczególnić i oszacować)

Strata: .....

Strata: .....

..... koszt: .....zł

Strata: .....

..... koszt: .....zł

Strata: .....

..... koszt: .....zł

Strata: .....

..... koszt: .....zł

koszt:..... zł

**Łączny koszt poniesionych strat:**.....zł

b. Oświadczam, że **posiadam/ nie posiadam** (niepotrzebne skreślić) umowę ubezpieczenia majątku, którego wniosek dotyczy.

Oświadczam, że **otrzymałem/-am** z tego tytułu odszkodowanie w wysokości:.....zł.

c. Oświadczam, że **uzyskałem/ nie uzyskałem** (niepotrzebne skreślić) pomocy z innych źródeł na cele określone we wniosku.

Oświadczam, że **uzyskana** pomoc wyniosła:.....zł.

**3. Informacja o kwocie wnioskowanej i jej przeznaczeniu:**

Wnioskowana kwota pomocy w ramach **wydatków bieżących**: .....zł

Przeznaczenie wnioskowanej kwoty pomocy: .....

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

Wnioskowana kwota pomocy w ramach **wydatków inwestycyjnych**: .....zł

Przeznaczenie wnioskowanej kwoty pomocy: .....

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

.....

podpis wnioskodawcy, data

**Załączniki:**

- 1) Pracodawcy zatrudniający osoby niepełnosprawne do wniosku dołączają odpowiednie informacje, o których mowa w art. 37 ust. 5 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404, z 2008 r. Nr 93, poz. 585, z 2010 r. Nr 18, poz. 99 oraz z 2011 r. Nr 233, poz. 1381).