

**Wnioskodawca**

/Pieczęć zakładu pracy/

Data:

**Wojewoda  
Kujawsko-Pomorski**

**Wniosek o przyznanie statusu zakładu pracy chronionej**

Wnoszę ( dokładna nazwa pracodawcy – zakładu pracy ) o wydanie decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej i potwierdzenie spełniania warunków, o których mowa w art. 28 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Spełnianie wymogów określonych w ustawie dla zakładu pracy chronionej potwierdzam materiałem dowodowym dołączonym do wniosku.

Podpis pracodawcy

Załączniki:

1. Informacja o zakładzie ( branża, profil produkcji, miejsce siedziby firmy, dodatkowe miejsca prowadzonej działalności gospodarczej, informacja o zatrudnionych osobach niepełnosprawnych – rodzaje schorzeń, zmianowość wykonywanej pracy),
2. Tabele ilustrujące zatrudnienie za okres najmniej sześciu miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku
  - w rozbiciu na każdy dzień miesiąca, zawierające dane o liczbie zatrudnionych w osobach i w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy: ogółem, w tym osób niepełnosprawnych (ogółem) oraz osób zaliczanych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności,
3. Aktualny dokument rejestracyjny firmy ( zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego),
4. Koncesja na prowadzenie działalności gospodarczej,
5. Umowa Spółki,
6. Zaświadczenie Wojewódzkiego Urzędu Statystycznego o nadaniu numeru REGON,
7. Kopia decyzji Urzędu Skarbowego o nadaniu numeru identyfikacyjnego NIP,
8. Oryginał decyzji Państwowej Inspekcji Pracy stwierdzającej spełnianie przez użytkowane obiekty i pomieszczenia warunków określonych w art. 28 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r.,
9. Umowa zawarta z personelem medycznym na świadczenie doraźnej i specjalistycznej opieki medycznej, poradnictwa i usług rehabilitacyjnych,
10. Oświadczenie o zapewnieniu dowozu pracowników do lekarzy i na zabiegi.