[Załącznik nr …. do WNIOSKU o przyznanie środków PFRON   
na realizację pilotażowego programu „Rehabilitacja 25 plus”]

*(pieczęć Realizatora)*

**PROJEKT PLANU WSPARCIA**

**Dotyczy roku szkolnego 20…/20…**[[1]](#footnote-1)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pilotażowy program „Rehabilitacja 25 plus”** | | | | | |
| **I.** | **PLANOWANY PRZEZ ADRESATA PROGRAMU ZAKRES ŚWIADCZONYCH USŁUG I ICH WYMIAR GODZINOWY/ PLANOWANA LICZBA BENEFICJENTÓW PROGRAMU MAJĄCYCH ZOSTAĆ OBJĘTYCH WSPARCIEM** | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa wsparcia** | **Opis wsparcia** | **Planowana liczba miesięcy świadczenia wsparcia** | **Planowana liczba beneficjentów programu korzystających  ze wsparcia  w miesiącu** | **Planowana liczba godzin wsparcia na jednego beneficjenta programu  w miesiącu**  *(w godzinach zegarowych)* |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |
| (…) |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pilotażowy program „Rehabilitacja 25 plus”** | | | | | | |
| **II.** | **PROPOZYCJE DOTYCZĄCE ZAANGAŻOWANIA ZASOBÓW KADROWYCH, Z WYSZCZEGÓLNIENIEM LICZBY STANOWISK  I WYMAGANYCH KWALIFIKACJI PRACOWNIKÓW** | | | | | |
| **1. Personel administracyjny (np. obsługa księgowa, kadrowa, prawna)** | | | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa stanowiska** | **Planowana  liczba stanowisk** | **Planowana liczba miesięcy zatrudnienia** | **Planowany wymiar czasu pracy[[2]](#footnote-2)** | **Wymagane kwalifikacje** | |
| 1. |  |  |  |  |  | |
| 2. |  |  |  |  |  | |
| 3. |  |  |  |  |  | |
| 4. |  |  |  |  |  | |
| (…) |  |  |  |  |  | |
| **2. Personel merytoryczny (np. terapeuci, rehabilitanci)** | | | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa stanowiska** | **Planowana  liczba stanowisk** | **Planowana liczba miesięcy zatrudnienia** | **Planowany wymiar czasu pracy[[3]](#footnote-3)** | **Wymagane kwalifikacje** | **Nazwa wsparcia[[4]](#footnote-4)** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| (…) |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pilotażowy program „Rehabilitacja 25 plus”** | | | | | | |
| **III.** | **ZESTAWIENIE OBEJMUJĄCE ROCZNE KOSZTY ZWIĄZANE Z PLANOWANYM WSPARCIEM** | | | | | |
| **1.**  **Koszty osobowe personelu administracyjnego (np. obsługi księgowej, kadrowej, prawnej):** | | | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa kosztu** | **Podstawa kalkulacji kosztów wynagrodzeń** | | | **Ogółem wartość kosztu kwalifikowalnego** (w zł) | **Rodzaj kosztu** (*koszt bieżący/koszt inwestycyjny)* |
| **Liczba miesięcy** | **Liczba etatów/ liczba godzin** | **Stawka wynagrodzenia  za etat/ za godzinę** |
| 1. |  |  |  |  |  | *koszt bieżący* |
| 2. |  |  |  |  |  | *koszt bieżący* |
| 3. |  |  |  |  |  | *koszt bieżący* |
| 4. |  |  |  |  |  | *koszt bieżący* |
| (…) |  |  |  |  |  | *koszt bieżący* |
| ***Podsumowanie 1* *-* RAZEM koszty osobowe personelu administracyjnego:** | | | | |  |  |
| **2.**  **Koszty osobowe personelu merytorycznego (np. terapeutów, rehabilitantów):** | | | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa kosztu** | **Podstawa kalkulacji** | | | **Ogółem wartość kosztu kwalifikowalnego** (w zł) | **Rodzaj kosztu**  (*koszt bieżący/koszt inwestycyjny)* |
| 1. |  |  | | |  | *koszt bieżący* |
| 2. |  |  | | |  | *koszt bieżący* |
| 3. |  |  | | |  | *koszt bieżący* |
| 4. |  |  | | |  | *koszt bieżący* |
| (…) |  |  | | |  | *koszt bieżący* |
| ***Podsumowanie 2* *-* RAZEM koszty osobowe personelu merytorycznego:** | | | | |  |  |
| **3.**  **Koszty związane ze wsparciem udzielanym beneficjentom programu (np. materiały szkoleniowe, pomoce dydaktyczne, wynajęcie niezbędnego sprzętu, wyżywienie,**  **zakwaterowanie, przejazdy):** | | | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa kosztu** | **Podstawa kalkulacji** | | | **Ogółem wartość kosztu kwalifikowalnego** (w zł) | **Rodzaj kosztu**  (*koszt bieżący/koszt inwestycyjny)[[5]](#footnote-5)* |
| 1. |  |  | | |  |  |
| 2. |  |  | | |  |  |
| 3. |  |  | | |  |  |
| 4. |  |  | | |  |  |
| (…) |  |  | | |  |  |
| ***Podsumowanie 3* *-* RAZEM koszty związane ze wsparciem udzielanym beneficjentom programu:** | | | | |  |  |
| **4.**  **Koszty związane z bieżącą działalnością OREW bądź ORW, w zakresie wsparcia udzielanego beneficjentom programu (np. opłaty za telefon, Internet, czynsz, materiały   biurowe):** | | | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa kosztu** | **Podstawa kalkulacji** | | | **Ogółem wartość kosztu kwalifikowalnego** (w zł) | **Rodzaj kosztu**  (*koszt bieżący/koszt inwestycyjny)[[6]](#footnote-6)* |
| 1. |  |  | | |  |  |
| 2. |  |  | | |  |  |
| 3. |  |  | | |  |  |
| 4. |  |  | | |  |  |
| (…) |  |  | | |  |  |
| ***Podsumowanie 4* *-* RAZEM koszty związane z bieżącą działalnością OREW bądź ORW (…):** | | | | |  |  |
| **5.**  **Koszty nabycia środków trwałych, wartości niematerialnych i prawnych oraz wyposażenia; koszty związane z najmem (dzierżawą, leasingiem) ww. składników   majątkowych; koszty związane z remontem, adaptacją i modernizacją pomieszczeń:** | | | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa kosztu** | **Podstawa kalkulacji** | | | **Ogółem wartość kosztu kwalifikowalnego** (w zł) | **Rodzaj kosztu**  (*koszt bieżący/koszt inwestycyjny)[[7]](#footnote-7)* |
| 1. |  |  | | |  |  |
| 2. |  |  | | |  |  |
| 3. |  |  | | |  |  |
| 4. |  |  | | |  |  |
| (…) |  |  | | |  |  |
| ***Podsumowanie 5* *–* RAZEM koszty nabycia środków trwałych (…):** | | | | |  |  |
| **6.**  **Inne koszty związane z realizacją programu „Rehabilitacja 25 plus”:** | | | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa kosztu** | **Podstawa kalkulacji** | | | **Ogółem wartość kosztu kwalifikowalnego** (w zł) | **Rodzaj kosztu**  (*koszt bieżący/koszt inwestycyjny)[[8]](#footnote-8)* |
| 1. |  |  | | |  |  |
| 2. |  |  | | |  |  |
| 3. |  |  | | |  |  |
| 4. |  |  | | |  |  |
| (…) |  |  | | |  |  |
| ***Podsumowanie 6* *–* RAZEM Inne koszty (…):** | | | | |  |  |
| **Planowana łączna kwota środków PFRON do wykorzystania na realizację programu w roku realizacji przez adresata programu  [suma kwot RAZEM dla podsumowań 1-6]:** | | | | | |  |
| *w tym wydatki bieżące:* | | | | | |  |
| *w tym wydatki inwestycyjne:* | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Potwierdzenie spełniania warunków w zakresie procentowych limitów określonych w rozdziale V ust. 4-5 Procedur realizacji pilotażowego programu „Rehabilitacja 25 plus” na etapie planowania wsparcia w ramach programu** | | | | |
| **L.p.** | **Kategorie kosztów** | **Planowana kwota ze środków programu  (w zł)** | **Planowana łącznie kwota ze środków programu  (w zł)** | **Procentowy udział planowanej łącznej kwoty ze środków programu w planowanej łącznej kwocie środków PFRON  do wykorzystania na realizację programu w roku realizacji przez adresata programu** |
| 1. | Koszty osobowe personelu administracyjnego (…) | ***kwota RAZEM dla podsumowania 1*** |  |  |
|  |
| 2. | Koszty związane z bieżącą działalnością OREW bądź ORW, w zakresie wsparcia udzielanego beneficjentom programu (…) | ***kwota RAZEM dla podsumowania 4*** |
|  |
| 3. | Koszty nabycia środków trwałych, wartości niematerialnych i prawnych oraz wyposażenia;  koszty związane z najmem (dzierżawą, leasingiem)  ww. składników majątkowych; koszty związane  z remontem, adaptacją i modernizacją pomieszczeń | ***kwota RAZEM dla podsumowania 5*** |  |  |
|  |

Osoba wskazana do kontaktu w sprawie informacji (imię, nazwisko, dane kontaktowe): ………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………… ………….………………………………

*(podpisy i pieczątki imienne osób upoważnionych do składania oświadczeń w imieniu adresata pilotażowego programu „Rehabilitacja 25 plus”)*

1. *Należy wpisać właściwe.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *W przypadku umów o pracę należy wykazać w przeliczeniu na pełny etat, a w przypadku umów zlecenia należy wykazać liczbę godzin pracy w miesiącu.* [↑](#footnote-ref-2)
3. *W przypadku umów o pracę należy wykazać w przeliczeniu na pełny etat, a w przypadku umów zlecenia należy wykazać liczbę godzin pracy w miesiącu.* [↑](#footnote-ref-3)
4. *Należy wprowadzić nazwę wsparcia z tabeli I* „*Planowany przez adresata programu zakres świadczonych usług i ich wymiar godzinowy”*  [↑](#footnote-ref-4)
5. *W ramach kosztów inwestycyjnych wykazywane są koszty dotyczące środków trwałych, wartości niematerialnych i prawnych, których wartość początkowa przekracza 10.000 zł,   
   a przewidywalny okres ich ekonomicznej użyteczności jest dłuższy niż 1 rok.* [↑](#footnote-ref-5)
6. *W ramach kosztów inwestycyjnych wykazywane są koszty dotyczące środków trwałych, wartości niematerialnych i prawnych, których wartość początkowa przekracza 10.000 zł,   
   a przewidywalny okres ich ekonomicznej użyteczności jest dłuższy niż 1 rok.* [↑](#footnote-ref-6)
7. *W ramach kosztów inwestycyjnych wykazywane są koszty dotyczące środków trwałych, wartości niematerialnych i prawnych, których wartość początkowa przekracza 10.000 zł,   
   a przewidywalny okres ich ekonomicznej użyteczności jest dłuższy niż 1 rok.* [↑](#footnote-ref-7)
8. *W ramach kosztów inwestycyjnych wykazywane są koszty dotyczące środków trwałych, wartości niematerialnych i prawnych, których wartość początkowa przekracza 10.000 zł,   
   a przewidywalny okres ich ekonomicznej użyteczności jest dłuższy niż 1 rok.* [↑](#footnote-ref-8)