

## REGULAMIN

### Zakładowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Spółki pod firmą Impel Facility Services Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą we Wrocławiu, ul. Słężna 118, 53-111 Wrocław

1. Niniejszy Regulamin Zakładowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (zwany dalej **Regulaminem**) określa zasady wydatkowania Zakładowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (zwanego dalej **Funduszem**).
2. Podstawę prawną niniejszego Regulaminu stanowią:
  - 1) Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 roku (tekst jednolity Dz.U. z 2016 roku, poz. 2046 ze zm.), zwana dalej **Ustawą**,
  - 2) Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 grudnia 2007 roku w sprawie zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz.U. z 2015 roku, poz. 1023 ze zm.), zwane dalej **Rozporządzeniem**;
  - 3) Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 marca 2007 roku. w sprawie zaświadczeń o pomocy de minimis i pomocy de minimis w rolnictwie i rybołówstwie (tekst jednolity Dz.U. z 2018 roku, poz. 350 ze zm.), zwane dalej **Rozporządzeniem de minimis**".

#### § 1.

1. Fundusz tworzy się w szczególności ze środków pochodzących:
  - a) ze zwolnień z podatków i opłat określonych w art. 31 ust. 3 pkt. 1 lit. b Ustawy;
  - b) z części zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych —zgodnie z odrębnymi przepisami;
  - c) z odsetek od środków zgromadzonych na rachunku Funduszu;
  - d) ze środków pochodzących ze zbycia środków trwałych zakupionych ze środków Funduszu, w części niezamortyzowanej;
  - e) z wpływów z zapisów i darowizn.
2. Środkami Funduszu administruje Pracodawca lub powołany przez Pracodawcę Administrator Zakładowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zwany w dalszej części **Administratorem ZFRON**.
3. Środki Funduszu gromadzone są na rozliczeniowym rachunku bankowym, na który są przekazywane w terminie 7 (siedem) dni od dnia, w którym te środki uzyskano.
4. Wydatkowanie środków Funduszu odbywa się wyłącznie z rachunku bankowego określonego w ust. 3 tego paragrafu.
5. Środki Funduszu podlegają bieżącej ewidencji.

#### § 2.

1. Środki Funduszu w zależności od potrzeb przeznaczane będą w wysokości:
  - a) co najmniej 15% środków na indywidualne programy rehabilitacji;
  - b) co najmniej 10% środków na pomoc indywidualną dla niepełnosprawnych pracowników i byłych niepracujących niepełnosprawnych pracowników Spółki;
  - c) pozostałej na fundusz ogólny dot. rodzajów wydatków określonych w § 2 ust. 1 pkt. 1-10 i 13 Rozporządzenia.
2. Administrator ZFRON może podjąć decyzję o zwiększeniu lub przeksięgowaniu ilości środków Funduszu bez konieczności podejmowania uchwały.
3. Wydatki z Funduszu stanowiące przysporzenie korzyści dla pracodawcy w rozumieniu Rozporządzenia de minimis, powinny zostać wydatkowane zgodnie z przepisami tego Rozporządzenia de minimis.
4. Administrator ZFRON opracowuje roczny plan dochodów i wydatków środków zgromadzonych na Funduszu uwzględniający potrzeby, zgodnie z przepisami Regulaminu.



### § 3.

1. Ze środków Funduszu mogą być finansowane wydatki na rehabilitację zawodową, społeczną i leczniczą osób niepełnosprawnych:
  - a) zatrudnionych w Spółce na podstawie umowy o pracę;
  - b) z którymi zatrudnienie w Spółce ustało wskutek przejścia na rentę inwalidzką lub emeryturę i nie podjęły zatrudnienia w innym zakładzie pracy;
  - c) z którymi zatrudnienie w Spółce ustało z innych powodów i nie podjęły zatrudnienia w innym zakładzie pracy, a jedynym źródłem ich utrzymania jest renta z tytułu niezdolności do pracy lub którzy nie posiadają renty z powodu braku uprawnień mimo ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub niezdolności do pracy;
  - d) przebywających na urloпах wychowawczych lub bezpłatnych i nie pobierających wynagrodzenia za pracę w innych zakładach pracy;
  - e) będących uczniami pobierającymi praktyczną naukę zawodu;
  - f) a także pracowników Spółki nie posiadających orzeczenia o niepełnosprawności - rodziców lub prawnych opiekunów dzieci niepełnosprawnych – wyłącznie w odniesieniu do odpłatności za pobyt tych dzieci na koloniach, obozach oraz turnusach rehabilitacyjnych.
2. Osoby niepełnosprawne wymienione w ust. 1 lit. b) i c) mogą korzystać z pomocy indywidualnej Funduszu przeznaczonej wyłącznie na rehabilitację społeczną i leczniczą.

### § 4.

Środki Funduszu ogólnego mogą być wykorzystane m.in. na indywidualne pakiety medyczne.

### § 5.

1. Z Funduszu przeznacza się środki na realizację indywidualnych programów rehabilitacji mających na celu zmniejszenie ograniczeń zawodowych osoby niepełnosprawnej.
2. Wydatki z tej części Funduszu ponoszone są na podstawie opracowanego przez Komisję Rehabilitacyjną indywidualnego programu rehabilitacji dla osób niepełnosprawnych (zwanego dalej **Indywidualnym Programem Rehabilitacji**), na druku stanowiącym załącznik numer 1 do Regulaminu.
3. Z Indywidualnego Programu Rehabilitacji finansowane są m.in. następujące działania:
  - a) doradztwo zawodowe w zakresie możliwości szkolenia, przekwalifikowania i kształcenia,
  - b) specjalistyczne badania lekarskie oraz psychologiczne dla celów doradztwa zawodowego,
  - c) szkolenia, przekwalifikowania oraz kształcenia w celu nabycia lub podnoszenia kwalifikacji zawodowych,
  - d) wynagrodzenie osoby (będącej pracownikiem zakładu) sprawującej opiekę nad uczestnikiem programu,
  - e) wynagrodzenia członków komisji rehabilitacyjnej,
  - f) zakup podręczników, wydawnictw prasowych, pomocy naukowych, w tym komputerów, drukarek i innych,
  - g) opłacanie pomocy psychologa, surdologopedy, rehabilitanta, masażysty i innych zabiegów poprawiających stan zdrowia lub zmniejszających skutki niepełnosprawności;
  - h) udział w turnusach rehabilitacyjnych;
  - i) likwidację utrudnień komunikacyjnych, w tym ryczałty za użytkowanie własnego pojazdu na dojazd do pracy;
  - j) likwidację barier występujących w środowisku domowym utrudniających wykonywanie czynności życiowych a tym samym przyczyniających się do zmniejszenia ogólnej sprawności, w tym zawodowej;

- k) dostosowanie miejsca pracy i stanowiska pracy do potrzeb wynikających z rodzaju i stopnia niepełnosprawności;
- l) inne podejmowane w ramach realizacji programów rehabilitacji.

#### § 6.

1. Świadczenia indywidualne mogą być przyznawane osobom wymienionym w § 3 Regulaminu ze środków Funduszu określonych w § 2 ust. 1 w formie:
  - a) pożyczki;
  - b) pomocy bezzwrotnej;
  - c) umorzenia udzielonej pożyczki.
2. Pomoc indywidualna jest udzielana na podstawie złożonego wniosku stanowiącego załącznik numer 2 do Regulaminu.
3. Wszystkie wnioski muszą być zaopiniowane przez lekarza, z wyjątkiem wniosków dotyczących:
  - a) pokrywania kosztów dojazdu i pobytu na wczasach lub wypoczynku zorganizowanym w innych formach;
  - b) kosztu pobytu dzieci osób niepełnosprawnych oraz dzieci niepełnosprawnych pracowników nie posiadających orzeczenia o niepełnosprawności na koloniach, obozach i turnusach rehabilitacyjnych;
  - c) zwrotu kosztów ubezpieczeń komunikacyjnych dla osób o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz osób zaliczonych do lekkiego stopnia niepełnosprawności z powodu uszkodzenia narządu ruchu;
  - d) remontu pojazdów mechanicznych;
  - e) odpłatności za kursy i kształcenie oraz zakup wydawnictw i pomocy dydaktycznych;
  - f) opłacanie składki na indywidualne ubezpieczenie społeczne.
4. Komisja Rehabilitacyjno-Socjalna opiniuje złożony przez pracownika wniosek uwzględniając:
  - a) stopień niepełnosprawności,
  - b) rodzaj schorzenia,
  - c) opinię lekarską,
  - d) status materialny,
  - e) częstotliwość udzielanych świadczeń,
  - f) potrzeby wnioskodawcy.
5. Wniosek podlega realizacji na podstawie decyzji Administratora ZFRON.
6. Wypłata świadczenia zostaje dokonana na podstawie przedłożonych rachunków, faktur lub innych dowodów zapłaty, a w przypadku pożyczek – po zawarciu umowy o udzieleniu pożyczki.
7. Wypłata ryczałtów zostaje dokonana zgodnie z Zarządzeniem nr 6/2018.
8. Pomoc indywidualna określona w § 7 Regulaminu może być udzielona za wydatki poniesione najwcześniej 6 (sześć) miesięcy przed dniem złożenia wniosku.

#### § 7.

Ze środków określonych w § 2 ust. 1 pkt b) Regulaminu mogą być udzielane świadczenia na podstawie wniosku osoby niepełnosprawnej z przeznaczeniem na dofinansowanie:

- 1) przejazdu w obie strony, leczenia szpitalnego, sanatoryjnego lub pobytu w placówkach rehabilitacyjno-szkoleniowych, leczniczo-opiekuńczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 2) przejazdu w obie strony i pobytu na turnusie rehabilitacyjnym (ewentualnie wraz z opiekunem) na podstawie zalecenia lekarza;
- 3) pobytu na wczasach lub wypoczynku zorganizowanym w innych formach;
- 4) wydatków na konieczny przejazd w obie strony osoby niepełnosprawnej, na leczenie lub zabiegi leczniczo-usprawniające;



- 5) na zakup leków, materiałów diagnostyczno-medycznych i innych środków medycznych, przy czym pomoc bezzwrotna na ten cel może być udzielana wielokrotnie w ciągu roku, jeżeli tego wymaga stan zdrowia osoby niepełnosprawnej i jest to potwierdzone przez lekarza;
- 6) kosztów opieki pielęgnacyjnej w domu nad osobą niepełnosprawną w okresie przewlekłej choroby uniemożliwiającej poruszanie się, w tym opiekę socjalno-bytową;
- 7) kosztu zakupu i naprawy indywidualnego sprzętu rehabilitacyjnego i przedmiotów ortopedycznych, protez, wyrobów medycznych oraz środków pomocniczych, urządzeń i narzędzi technicznych niezbędnych w rehabilitacji;
- 8) zakupu samochodu lub wózka inwalidzkiego przez osoby z dysfunkcją narządu ruchu, mających trudności w korzystaniu z publicznych środków transportu;
- 9) na zakup roweru;
- 10) dostosowania pojazdu mechanicznego do fizycznych ograniczeń osoby niepełnosprawnej;
- 11) remontu pojazdów mechanicznych;
- 12) zakupu i naprawy sprzętu niezbędnego w rehabilitacji lub ułatwiającego wykonywanie czynności życiowych;
- 13) dojazdów do pracy i z pracy a także dojazdów do celów ułatwiających wykonywanie czynności życiowych w tym rehabilitacyjnych osób niepełnosprawnych - ryczałtów samochodowych zgodnie z Zarządzeniem numer 6/2018 Wiceprezesa Zarządu, Dyrektora Pracowniczego;
- 14) kosztu ubezpieczeń komunikacyjnych dla posiadających orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a także osób o lekkim stopniu niepełnosprawności, jeżeli posiadają orzeczenia o dysfunkcji narządu ruchu;
- 15) adaptacji i wyposażenia mieszkań, budynków mieszkalnych oraz obiektów zamieszkałych lub przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych, stosownie do potrzeb wynikających z orzeczonej niepełnosprawności;
- 16) kosztu szkolenia lub doksztalcania, w tym również w szkołach średnich i wyższych;
- 17) kosztu kursów i szkoleń rozwijających pozazawodowe zainteresowania osoby niepełnosprawnej;
- 18) kosztu pobytu na koloniach, obozach oraz turnusach rehabilitacyjnych dla niepełnosprawnych dzieci pracowników, a także dla dzieci osób niepełnosprawnych;
- 19) kosztu utrzymania przez osoby niewidome psa przewodnika;
- 20) zakupu wydawnictw i pomocy dydaktycznych stosownie do potrzeb osób niepełnosprawnych;
- 21) opłacenia przewodnika towarzyszącego samotnym osobom niewidomym lub osobom o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności narządu ruchu - w uzasadnionych przypadkach;
- 22) opłacenia tłumacza języka migowego;
- 23) kosztu badań specjalistycznych, jeśli osoba niepełnosprawna nie ma możliwości korzystania w ramach indywidualnego pakietu medycznego opłacanego ze środków Funduszu;
- 24) opłacenia składki na indywidualne ubezpieczenie osób niepełnosprawnych;
- 25) kosztu poniesionego indywidualnie za podstawową i specjalistyczną opiekę medyczną;
- 26) kosztu usprawnienia fizycznego.

## § 8.

1. Pożyczki są udzielane na podstawie umowy podpisanej przez Administratora ZFRON, pożyczkobiorcę oraz 2 (dwóch) poręczycieli. Wzór umowy stanowi załącznik numer 3 Regulaminu.
2. Każda pożyczka powinna zostać udokumentowana, że została wykorzystana zgodnie z przeznaczeniem.

3. W przypadku rozwiązania stosunku pracy na wniosek lub z winy pracownika, nie spłacona część pożyczki staje się natychmiast wymagalna. Wymóg ten nie dotyczy osób przechodzących na rentę lub emeryturę, które zwracają się do Administratora ZFRON o rozłożenie pozostałej kwoty pożyczki na raty, które zobowiązują się wpłacać na rachunek bankowy Funduszu.
4. Pożyczki nie są oprocentowane. Okres spłat może wynosić maksymalnie 36 (trzydzieści sześć) miesięcy. W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się odroczenie okresu rozpoczęcia spłaty pożyczki do 6 (sześciu) miesięcy lub zastosowanie zawieszenia spłat.
5. Na wniosek pożyczkobiorcy, pożyczka może być częściowo lub całkowicie umorzona w przypadku, gdy wykorzystana została zgodnie z przeznaczeniem i udokumentowana na podstawie oryginałów rachunków lub faktur wystawionych na pożyczkobiorcę.
6. Pożyczka może być całkowicie umorzona w przypadku śmierci pożyczkobiorcy, udokumentowanej odpisem skróconym aktu zgonu.

#### § 9.

1. Administrator ZFRON w szczególnie uzasadnionych przypadkach, może podejmować decyzje korzystniejsze dla pracowników, niż przewidziane w Regulaminie.
2. Przyznawane świadczenia z Funduszu uzależnione są od posiadanych środków na rachunku bankowym Funduszu.
3. W przypadku, kiedy środki zgromadzone na Funduszu są niewystarczające, Administrator ZFRON może zdecydować, które świadczenia ulegną ograniczeniu.

#### § 10.

1. Traci moc Regulamin Zakładowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Spółki pod firmą Impel Cleaning Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą we Wrocławiu z dnia 01 maja 2011 roku.
2. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem **1 stycznia 2018 roku**.

W uzgodnieniu z:

Reprezentatywnymi Związkami Zawodowymi działającymi w Spółce:

ORGANIZACJA MIĘDYZAKŁADOWA Nr 3187  
NSZZ ~~Solidarność~~ Region Mazowsze  
PRACOWNIKÓW FIRM OCHRONY  
CATERINGU I SPRZĄTANIA  
01-813 Warszawa, ul. Marymoncka 105 pok. 59,60  
NIP 527 257 93 24

PRZEWODNICZĄCY  
KM 3187

*Michał Kulczycki*

ZWIĄZEK ZAWODOWY PRACOWNIKÓW  
SPÓŁEK GRUPY IMPEL  
PRZEWODNICZĄCY  
RADY KRAJOWEJ  
*Robert Wasicki*

**PRACODAWCA**

Wiceprezes Zarządu

*Alicja Mycek*

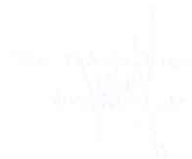
W tym celu należy przede wszystkim wykonać badania laboratoryjne, które pozwolą na zidentyfikowanie przyczyny choroby. W tym celu należy przede wszystkim wykonać badania laboratoryjne, które pozwolą na zidentyfikowanie przyczyny choroby.

1. Wykonanie badań laboratoryjnych, które pozwolą na zidentyfikowanie przyczyny choroby.
2. Wykonanie badań laboratoryjnych, które pozwolą na zidentyfikowanie przyczyny choroby.

W tym celu należy przede wszystkim wykonać badania laboratoryjne, które pozwolą na zidentyfikowanie przyczyny choroby. W tym celu należy przede wszystkim wykonać badania laboratoryjne, które pozwolą na zidentyfikowanie przyczyny choroby.

W tym celu należy przede wszystkim wykonać badania laboratoryjne, które pozwolą na zidentyfikowanie przyczyny choroby. W tym celu należy przede wszystkim wykonać badania laboratoryjne, które pozwolą na zidentyfikowanie przyczyny choroby.

ORGANIZACJA MEDYCZNA  
NIEZŁADY  
PRACOWNIKOWIE  
CATERING I SPRZĄT  
17-813 Warszawa, ul. Młynarska 100, 00-513 Warszawa  
tel. 22 251 25 25  
PRZEWODNICZĄCY  
RM 3181  
mgr inż. Krzysztof  
mgr inż. Krzysztof  
mgr inż. Krzysztof





# INDYWIDUALNY PROGRAM REHABILITACJI

*Pracownika niepełnosprawnego*

## I. DANE OSOBOWE wypełnia pracownik

IMIĘ I NAZWISKO

nr osobowy

		-			-				
			DATA		URODZENIA				

PESEL									

ADRES ZAMELDOWANIA

ADRES ZAMIESZKANIA

TELEFON KONTAKTOWY (adres e-mail)

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (NIEZDOLNOŚCI DO PRACY)

SYMBOL SCHORZENIA (DYSFUNKCJI)

STAŁE/ 

--	--

 - 

--	--

 - 

--	--	--	--

DATA WAŻNOŚCI ORZECZENIA

STANOWISKO

		-			-				
DATA ZAWARCIA UMOWY O PRACĘ									

		-			-				
DATA WAŻNOŚCI UMOWY O PRACĘ									

## OŚWIADCZENIE O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz załączonej dokumentacji zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 roku, poz. 922 ze zm.) przez mojego Pracodawcę, dla celów udzielenia pomocy z Zakładowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w zakresie koniecznym do przeprowadzenia postępowania o udzielenie pomocy w ramach indywidualnego programu rehabilitacji.

Data

Imię i nazwisko (czytelnie)

Podpis

## OŚWIADCZENIE O UCZESTNICZENIU PRZY OPRACOWANIU I PRZYGOTOWANIU INDYWIDUALNEGO PROGRAMU REHABILITACJI

Ja niżej podpisana(y) ..... oświadczam, że uczestniczyłam(em) w opracowaniu i przygotowaniu mojego indywidualnego programu rehabilitacji.

.....  
Data

.....  
Imię i nazwisko (czytelnie)

.....  
Podpis

## II. WYKSZTAŁCENIE – KWALIFIKACJE wypełnia pracownik

1. Wykształcenie:.....  
nazwa ukończonej szkoły.....
2. Uzyskany zawód (specjalizacja):.....
3. Dodatkowe kwalifikacje:
  - a) Szkolenia:.....
  - b) Języki:.....
  - c) Uprawnienia:.....
  - d) Inne:.....
4. Ogólny staż pracy (ilość lat):.....
  - a) Wykonywane zawody:.....
  - b) Zajmowane stanowiska:.....
  - c) Rodzaj pracy przed powstaniem niepełnosprawności:.....
  - d) Czy zaistnienie niepełnosprawności spowodowało konieczność zmiany zawodu?  
☐ tak ☐ nie  
 (ZAZNACZ ODPOWIEDNIE POLE)
5. Zainteresowania (hobby, pasje, sposoby spędzania wolnego czasu, ulubione rozrywki):  
 .....  
 .....  
 .....
6. Sytuacja społeczno-bytowa (rodzina, problemy, atmosfera, grupy wsparcia, bariery architektoniczne):  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

## III. INFORMACJA O SYTUACJI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ W ZPCHR (wypełnia członek komisji i osoba obejmowana programem)

1. Przyczyna niepełnosprawności:.....  
 .....  
 .....  
 .....
2. Zalecane warunki pracy:.....  
 .....  
 .....
3. Wskazania:.....  
 .....  
 .....



- .....
- .....
4. Przeciwwskazania:.....
- .....
- .....
5. Leczenie:.....
- .....
6. Ocena samodzielnego funkcjonowania:
- a) Samoobsługa:.....
- b) Poruszanie się:.....
- c) Komunikowanie się:.....
7. Ocena medyczna stanu zdrowia i badania specjalistyczne oraz zalecenia medyczne dotyczące wykonywania pracy (wypełnia lekarz z Komisji Rehabilitacyjnej):
- .....
- .....
- .....
- .....
8. Ocena psychologiczna (dot. możliwości i ograniczeń rzutujących na wykonywany zawód – wypełnia psycholog z Komisji Rehabilitacyjnej):.....
- .....
- .....
- .....
- .....
9. Ocena zawodowa (dot. predyspozycji i preferencji zawodowych – wypełnia doradca zawodowy z Komisji Rehabilitacyjnej):.....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
10. Ocena możliwości transferu i rodzaju posiadanych umiejętności zawodowych:.....
- .....
- .....
11. Informacja o korzystaniu przez osobę niepełnosprawną z usług rehabilitacyjnych i opieki medycznej:.....

## 12. Ocena stanowiska pracy:

☐ stanowisko pracy spełnia wymogi      ☐ stanowisko pracy wymaga dostosowania

jeżeli wymaga dostosowania to jakiego rodzaju:.....

## 13. Zakres i ocena wykonywanej pracy – opinia bezpośrednich przełożonych

#### IV. POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z PRZEPROWADZONEJ DIAGNOZY SYTUACJI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ W ZPCHR I PROPONOWANE DZIAŁANIA W ZAKRESIE:

## 1. Medycznym:

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

Odpowiedzialny:.....

## 2. Psychologicznym:

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

Odpowiedzialny:.....

## 3. Zawodowym:

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

Odpowiedzialny:.....



## 4. Społecznym:

.....

.....

.....

Odpowiedzialny:.....

## 5. Socjalnym:

.....

.....

.....

Odpowiedzialny:.....

## 6. Edukacyjnym:

.....

.....

.....

Odpowiedzialny: .....

## 7. Samodzielnego poruszania się:

.....

.....

.....

Odpowiedzialny:.....

## 8. Zaopatrzenia ortopedycznego i w sprzęt rehabilitacyjny:

.....

.....

.....

Odpowiedzialny:.....

## 9. Innych:

.....

.....

.....

Odpowiedzialny:.....

**V. DZIAŁANIA I KOSZTY KWALIFIKOWANE (wypełnia Komisja Rehabilitacyjna)**

Lp.	Działanie	Rodzaj	Koszt
-----	-----------	--------	-------

		działania	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

RAZEM: .....

## VI. KOMÓRKI ORGANIZACYJNE WSPIERAJĄCE REALIZACJE PROGRAMU *(wypełnia Komisja Rehabilitacyjna):*

- 1) Oddział: .....
- 2) Przełożony pracownika: .....
- 3) Dział Personalny: .....
- 4) Dział Rehabilitacji: .....
- 5) Dział Szkoleń: .....

## VII. MONITOROWANIE DZIAŁAŃ *(wypełnia Komisja Rehabilitacyjna)*

1. 1.Ustalenie okresu( miesięczny, kwartalny, półroczny) sporządzania informacji przez osoby odpowiedzialne z realizacji poszczególnych działań

☐ miesięczny   
 ☐ kwartalny   
 ☐ półroczny   
 ☐ roczny   
 ☐ inny :.....



Spodziewane rezultaty (efektywność programu):.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Podpisy Komisji:

1. Doradca Zawodowy: .....
2. Przedstawiciel Służb Rehabilitacyjnych: .....
3. Lekarz: .....

Zatwierdzam

.....  
Administrator ZFRON





## UMOWA nr ..... w sprawie pożyczki z ZFRON

W dniu ..... pomiędzy...**Impel Facility Services Sp z o.o.**, zwaną dalej Spółką, reprezentowaną przez **Administradora Zakładowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Beatę Staszewską**, a Panią (Panem) ..... zwaną(zwanym) dalej Pożyczkobiorcą, zamieszkałym(a) przy ul. .... legitymującą się dowodem osobistym seria ..... numer ..... wydanym przez ..... została zawarta umowa o następującej treści:

### § 1.

W dniu ..... została przyznana Pożyczkobiorcy ze środków Zakładowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych pożyczka w wysokości ..... słownie zł: ..... nie oprocentowana, z przeznaczeniem na: .....

### § 2.

1. Przyznana pożyczka podlega spłacie w całości.
2. Okres spłaty wynosi ..... miesięcy.
3. Rozpoczęcie spłaty pożyczki następuje od dnia ..... w ..... ratach miesięcznych: pierwsza rata w kwocie ..... zł, następne raty po ..... złotych miesięcznie

### § 3.

1. Pożyczkobiorca upoważnia Spółkę do potrącania należności rat pożyczki z przysługującego mu wynagrodzenia za pracę. Upoważnienie to dotyczy także spłaty pożyczki w razie postawienia jej w stan natychmiastowej wymagalności
2. Pożyczkobiorca - emeryt lub rencista, będący byłym pracownikiem Spółki, zobowiązuje się do wpłacania należnych rat pożyczki do dnia .....-..... każdego miesiąca w kasie Spółki, lub na jej konto w banku:.....-.....numer:.....-.....

### § 4.

Nie spłacona kwota pożyczki udzielonej z Zakładowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych staje się w całości natychmiast wymagalna w przypadku rozwiązania stosunku pracy bez względu na przyczynę rozwiązania.

### § 5.

W razie nieuregulowania w terminie pożyczki zaciągniętej przez Pożyczkobiorcę, poręczyciele wyrażają zgodę na potrącenie należnej kwoty z ich wynagrodzeń.

### § 6.

1. Pożyczkobiorca oświadcza, że zna treść Regulaminu ZFRON.

2. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy w odniesieniu do umowy o pożyczkę ze środków ZFRON:

- a) Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. nr 123, poz.766), z późniejszymi zmianami;
- b) Regulaminu Zakładowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;

3) Kodeksu Cywilnego.

### § 7.

Zmiany warunków określonych w niniejszej umowie wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

### § 8.

Niniejsza umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których Spółka otrzymuje dwa egzemplarze, a Pożyczkobiorca 1 egzemplarz.

1. ....  
(nazwisko i imię poręczyciela) .....  
(czas trwania umowy o pracę)

.....  
(adres) .....  
(seria i nr dowodu osobistego)

.....  
(podpis)

2. ....  
(nazwisko i imię poręczyciela) .....  
(czas trwania umowy o pracę)

.....  
(adres zamieszkania) .....  
(seria i nr dowodu osobistego)

.....  
(podpis)

3. ....  
podpis pożyczkobiorcy Administrator Funduszu/./\*

Potwierdzam własnoręczność podpisów  
pożyczkobiorcy i poręczycieli

.....  
data, pieczęć i podpis

\*) niepotrzebne skreślić

**WNIOSEK NR .....**  
**o udzielenie pomocy finansowej**  
**na cele określone w regulaminie ZFRON**

**Część I. Wypełnia pracownik spółki - NAZWA SPÓŁKI .....**

Nazwisko i imię .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA URODZENIA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Adres: ..... telefon .....

Data zatrudnienia w spółce: ..... Umowa o pracę w spółce do .....

Stanowisko ..... Oddział .....

Wymiar zatrudnienia .....

Adres mailowy: .....

Stopień niepełnosprawności: ..... stały / czasowe do .....

**Proszę o udzielenie pomocy finansowej w formie:**

- |                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| a) dofinansowania     | w kwocie.....zł |
| b) pożyczki           | w kwocie.....zł |
| c) umorzenia pożyczki | w kwocie.....zł |
| d) ryczałtu           | .....           |

**Adres obiektu ( miejsce wykonywania pracy).....**

1. Odległość między miejscem zamieszkania a miejscem wykonywania pracy / podać odległość w jedną stronę/ .....w km.

2. Ilość dni w miesiącu dojazdu do pracy.....

**Uzasadnienie wniosku**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz załączonej dokumentacji medycznej zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133 poz. 883 z późn. zm.) przez mojego Pracodawcę, dla celów udzielenia pomocy z zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Pani/a dane osobowe będą wykorzystane w zakresie koniecznym do przeprowadzenia postępowania o udzielenie pomocy. Jednocześnie informujemy, iż służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie danych w innym celu niż udzielenie pomocy finansowej na cele określone w regulaminie ZFRON), wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody.

.....  
*data*

.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*podpis*



Oświadczam, że wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają niżej wymienione osoby i osiągają dochody:

Lp.	Nazwisko i imię	Rok urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Źródło utrzymania	Dochód miesięczny w zł - wymienić wszystkie źródła dochodu **)
			Wnioskodawca		

**\*\*)** należy podać wszystkie źródła dochodu netto, np.: renta, emerytura, alimenty, stałe zasiłki z pomocy społecznej (w tym 500+), działalność gospodarcza, gospodarstwo rolne, itd.,

RAZEM dochód miesięczny gospodarstwa domowego .....

Przeciętny dochód (netto) na członka rodziny .....

Uprzedzona(y) o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że według stanu na dzień złożenia wniosku dane w nim zawarte oraz dane i informacje wynikające z załączonych do wniosku dokumentów są prawdziwe i aktualne.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia .....  
Miejscowość data

.....  
podpis pracownika

## Część II. Opinia lekarza

.....

.....

.....

.....

.....

(uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy finansowej ze względu na stan zdrowia wnioskodawcy zgodnie z rozporządzeniem MPiPS w sprawie zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych, Dz.U.nr3 z 1999.poz.22 z późn.zm.)

.....  
data, pieczęć i podpis lekarza

### Część III Opinia Komisji Socjalno-Rehabilitacyjnej

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*data* ..... *podpisy członków Komisji* .....

.....

.....

### Część IV. Decyzja Administratora ZFRON:

.....

.....

.....

.....

..... *data* .....

..... *podpis* .....

1. The first part of the paper is devoted to a general discussion of the problem.

2. In the second part, we consider the case of a single particle. We first show that the motion is periodic. Then we calculate the period of the motion. Finally, we discuss the stability of the motion.

3. In the third part, we consider the case of a system of particles.

4. We first show that the motion is periodic. Then we calculate the period of the motion. Finally, we discuss the stability of the motion.