**KALKULACJA KOSZTÓW NA WYPOSAŻENIE STANOWISKA PRACY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ I ŹRÓDŁA ICH FINANSOWANIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **Ilość** | **Cena** | **Wartość** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. |
| I | **Środki własne:** |  |  |  |
| **1.** | Nakłady w postaci posiadanych maszyn i urządzeń (podać nazwę, ilość i wartość) |  |  |  |
| **a.** |  |  |  |  |
| **b.** |  |  |  |  |
| **c.** |  |  |  |  |
| **d.** |  |  |  |  |
| **e.** |  |  |  |  |
| **f.** |  |  |  |  |
| **g.** |  |  |  |  |
| **h.** |  |  |  |  |
| **i.** |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |
| **2.** | Nakłady poniesione za pozyskanie lokalu, w tym: |  |  |  |
| **a.** | Zakup lokalu |  |  |  |
| **b.** | adaptacja lokalu tj……………./wymienić zakres prac/ |  |  |  |
| **c.** |  |  |  |  |
| **d.** |  |  |  |  |
| **e.** |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |
| **3.** | Nakłady poniesione na zakup surowców, towarów, materiałów/wymienić poniesione zapasy surowców, materiałów, towarów/ |  |  |  |
| **a.** |  |  |  |  |
| **b.** |  |  |  |  |
| **c.** |  |  |  |  |
| **d.** |  |  |  |  |
| **e.** |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **Ilość** | **Cena** | **Wartość** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. |
| **4.** | Inne poniesione koszty w celu uzyskania pozwoleń, szkoleń |  |  |  |
| **a.** |  |  |  |  |
| **b.** |  |  |  |  |
| **c.** |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |
| **OGÓŁEM ŚRODKI WŁASNE /1÷4/** |  |  |  |
| **II.** | **Inne źródła finansowania** |  |  |  |
| **1.** | Nakłady z innych źródeł finansowania/wymienić jakie/ |  |  |  |
| **a.** |  |  |  |  |
| **b.** |  |  |  |  |
| **c.** |  |  |  |  |
| **d.** |  |  |  |  |
| **e.** |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM INNE ŹRODŁA FINANSOWANIA** |  |  |  |
| **III.** | Planowane wydatkowanie środków zgodnie ze specyfikacją zakupów:(załącznik nr 3 do kryteriów) |  |  |  |
| **OÓŁEM KOSZTY UTWORZENIA****STANOWISKA PRACY****/I ÷ III/** |  |  |  |

2.Rodzaj pracy jaka będzie wykonywana przez skierowana osobę niepełnosprawną dla wskazanego stanowiska:

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

………………………………………..

/data i czytelny podpis wnioskodawcy/