KARTA INFORMACYJNA

Wydział*:* **Wydział Rodziny i Polityki Społecznej**

Sprawa: **Przyznanie statusu zakładu pracy chronionej**

Przedmiot sprawy:
Wydanie decyzji administracyjnej w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej.

Aby uzyskać status zakładu pracy chronionej pracodawca prowadzący działalność gospodarczą przez okres co najmniej 12 miesięcy, zatrudniający nie mniej niż 25 pracowników (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy) winien:

1. Osiągać przez okres co najmniej 6 miesięcy przed złożeniem wniosku wskaźniki zatrudnienia osób niepełnosprawnych wynoszące:
   - co najmniej 50%, a w tym co najmniej 20% ogółu zatrudnionych winny stanowić osoby zaliczone do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, albo
   - co najmniej 30% niewidomych lub psychicznie chorych, albo upośledzonych umysłowo zaliczonych do znacznego albo umiarkowanego stopnia niepełnosprawności;

2. Obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład pracy winny:
   - odpowiadać przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy,
   - uwzględniać potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie przystosowania stanowisk pracy, pomieszczeń higienicznosanitarnych i ciągów komunikacyjnych oraz spełniać wymagania dostępności do nich,

     Spełnianie powyższych okoliczności stwierdza Państwowa Inspekcja Pracy, na wniosek pracodawcy.

3. Zapewnić specjalistyczną opiekę medyczną, poradnictwo i usługi rehabilitacyjne.

Z wnioskiem o nadanie statusu zakładu pracy chronionej może wystąpić także spółdzielnia socjalna, która powstała w wyniku przekształcenia spółdzielni inwalidów lub spółdzielni niewidomych mającej status pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej. Wniosek o nadanie przedmiotowego statusu należy złożyć w terminie 3 miesięcy od daty wpisu tej spółdzielni do Krajowego Rejestru Sądowego.

Podstawa prawna:
Art. 28 oraz 30 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 913, z późn. zm.) – zwana dalej ustawą.

Wymagane dokumenty:

1. Wniosek pracodawcy składany do Wojewody Śląskiego winien zawierać:
   - dokładną nazwę i adres (z podaniem adresów wszystkich obiektów i pomieszczeń użytkowanych przez podmiot);
   - informację o prowadzonej działalności gospodarczej (branża, profil produkcji, usług itp.);
   - informację o zatrudnionych osobach niepełnosprawnych (ilościowy wykaz rodzajów schorzeń wraz ze stopniem niepełnosprawności, zmianowość pracy osób niepełnosprawnych - ilość osób na poszczególnych zmianach), w rozbiciu na poszczególne miejsca wykonywania działalności gospodarczej (w przypadku gdy w danej placówce nie są zatrudniane osoby niepełnosprawne – należy dołączyć stosowne oświadczenie);
   - informację dotyczącą świadczenia pracy przez osoby niepełnosprawne poza obiektami i pomieszczeniami użytkowanymi przez pracodawcę (np.: usługi ochrony mienia, usługi porządkowo-czystościowe; miejscowość świadczenia pracy wraz z wskazaniem ilości osób).

2. Tabele ilustrujące zatrudnienie celem udokumentowania prawidłowości wyliczenia wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych - za okres co najmniej 6 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku, tabele w rozbiciu na każdy dzień miesiąca, powinny zawierać dane o liczbie zatrudnionych w osobach i w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy: ogółem, w tym osób niepełnosprawnych (ogółem) oraz osób zaliczonych do znacznego i umiarkowanego stopnia niepełnosprawności (wzór tabeli w załączeniu).

3. Decyzję Państwowej Inspekcji Pracy, stwierdzającą, że obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład pracy odpowiadają wymogom określonym w art. 28 ust.1 pkt 2 ustawy (w decyzji winny zostać uwzględnione adresy wszystkich obiektów i pomieszczeń użytkowanych przez podmiot).

4. Informację o sposobie zapewnienia zatrudnionym osobom niepełnosprawnym specjalistycznej opieki medycznej oraz poradnictwa i usług rehabilitacyjnych (umowę/y zawarte z placówką medyczną świadczącą specjalistyczną opiekę medyczną z wyszczególnieniem świadczonych usług korelujących ze schorzeniami występującymi u zatrudnionych osób niepełnosprawnych oraz świadczącą poradnictwo i usługi rehabilitacyjne).

5. Oświadczenie o zapewnieniu dowozu pracowników niepełnosprawnych do lekarzy specjalistów oraz na zabiegi rehabilitacyjne.

6. Umowa spółki cywilnej - w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej w tej formie.

7. Numer identyfikacyjny REGON.

8. Numer identyfikacji podatkowej (NIP).

9. Numer wpisu w rejestrze przedsiębiorców KRS/ Informacja o wpisie w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiIDG).

10. Dokument z właściwego urzędu skarbowego, potwierdzający prowadzenie przez pracodawcę działalności gospodarczej przez okres co najmniej 12 miesięcy.

Przedkładany materiał dowodowy winien zostać podpisany przez osobę uprawnioną do reprezentacji podmiotu (kopie dokumentów potwierdzone „*za zgodność z oryginałem”*).

Opłata:
Przedmiot opłaty skarbowej: decyzja
stawka: 10 zł
Należność z tytułu opłaty skarbowej należy wpłacać na rachunek organu podatkowego (Urząd Miasta Katowice) na konto nr: 52 1020 2313 2672 0211 1111 1111 (tytuł: opłata skarbowa za wydanie decyzji ZPCH).

Termin załatwienia:
Terminy - przewidziane przepisami ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2025 r. poz. 1691), tj.: nie później niż w ciągu miesiąca, a sprawy szczególnie skomplikowanej - nie później niż w ciągu dwóch miesięcy od dnia wszczęcia postępowania.

Miejsce złożenia dokumentów:
- Kancelaria Urzędu - Katowice ul. Jagiellońska 25
- Dokumenty można wysłać na adres:
  Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach
  Wydział Rodziny i Polityki Społecznej
  ul. Jagiellońska 25
  40-032 Katowice
- Dokumenty elektroniczne można wysłać na adres do e-Doręczeń:
  AE:PL-14603-15693-ECFGD-26
  Dokumenty elektroniczne doręczane do Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego muszą być podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub przy użyciu profilu zaufanego.

Szczegółowe informacje dotyczące składania dokumentów dostępne są pod linkiem:
https://www.katowice.uw.gov.pl/biuro-obslugi-klienta/sposoby-dostarczania-dokumentow-do-urzedu-1

Komórka odpowiedzialna za załatwienie sprawy:
Wieloosobowe stanowisko pracy do spraw nadzoru nad rehabilitacją i zatrudnianiem osób niepełnosprawnych w Wydziale Rodziny i Polityki Społecznej.
ul. Damrota 16, 40-022 Katowice
tel. kontaktowy (32) 605 85 76, (32) 605 85 77

Sposób załatwienia sprawy:
Rozstrzygnięcie merytoryczne w formie decyzji.

Tryb odwoławczy:
Od wydanej decyzji nie służy odwołanie. Strona niezadowolona z decyzji może zwrócić się do Wojewody Śląskiego z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji. Jeżeli strona nie chce skorzystać z prawa do zwrócenia się z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy, może wnieść do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach skargę na decyzję w terminie 30 dni od dnia jej doręczenia stronie. Skargę wnosi się za pośrednictwem Wojewody Śląskiego. Wpis od skargi wynosi 200 zł lub jego wysokość jest określana przez Sąd. Strona może ubiegać się o zwolnienie od kosztów sądowych oraz przyznanie prawa pomocy na zasadach określonych w art. 239 - 262 ustawy z 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2024 r. poz. 935, z późn. zm.).
Przed upływem terminu do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, strona może zrzec się prawa do jego wniesienia wobec organu, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia Wojewodzie Śląskiemu oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Stan zatrudnienia w ……..

(nazwa podmiotu, adres)

w miesiącu ……..

Dzień m-ca	Stan zatrudnienia ogółem (w osobach)	Ilość osób niepełnospr. ogółem (w osobach)	Ilość osób niepełnospr. posiadających znaczny i umiarkowany stopień niepełnospr. (w osobach)	Stan zatrudnienia ogółem (w etatach)	Ilość osób niepełnospr. ogółem (w etatach)	Ilość osób niepełnospr. posiadających znaczny i umiarkowany stopień niepełnospr. (w etatach)	Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych (kolumna 5/4)	Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych kolumna (6/4)
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								
23.								
24.								
25.								
26.								
27.								
28.								
29.								
30.								
31.								
Przeciętnie w miesiącu								

……..

(pieczęć i podpis pracodawcy)