Wn – W

Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawa prawna:** | **Art. 26e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018r.,, poz. 511, z późn. zm.)** |
| **Składający:** | **[ ]  A. Pracodawca ubiegający się przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.****[ ]  B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.**  |
| **Adresat:** | [ ]  **A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu. [ ]**  **B. Prezes Zarządu Funduszu.** |

|  |
| --- |
| **A. Dane o wniosku** |
|  | **1. Wniosek** [[1]](#footnote-1) |  | **2. Numer akt** |  | **3. Data wpływu** |  |
|  | **[ ]**  | **1. Zwykły**  | [ ]  | **2. Korygujący** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 | **-** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 | **-** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 |  |
|  |

**Część I**

|  |
| --- |
| **B. Dane ewidencyjne składającego** |
|  | **B1. Dane ewidencyjne i adres składającego** |  |
|  |
|  | **4. Imię (imiona) i nazwisko składającego** | **5. NIP** | **6. PKD** |  |
|  | **7. Województwo** | **8. Miejscowość** |  |
|  | **9. Kod pocztowy** | **10. Poczta** | **11. Ulica** | **12. Nr domu** | **13. Nr lokalu** |  |
|  | **14. Telefon**[[2]](#footnote-2) | **15. Faks**2 | **16. E-mail** |  |
|  |
|  | **B2. Adres do korespondencji** *Wypełnia składający mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1* |  |
|  | **17. Kod pocztowy** | **18. Poczta** | **19. Ulica** | **20. Nr domu** | **21. Nr lokalu** |  |
|  | **22. Telefon**2 | **23. Faks**2 | **24. E-mail** |  |
|  |
|  | **B3. Dodatkowe informacje**  |  |
|  | **25. Nazwa banku** | **26. Numer rachunku bankowego** |  |
|  | **27. Krótki opis dotychczasowej działalności** |  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy**[[3]](#footnote-3)

|  |  |
| --- | --- |
| **28. Wnioskowana kwota ogółem** | **29. Forma zabezpieczenia** |
|

 |  |
|  |
|  |
| **D. Analiza finansowa składającego (1)**[[4]](#footnote-4) |  |
|  | Aktywa trwałe i obrotowe | Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy | **Ostatni rok obrotowy**  | Bieżący rok |  |
|  | **Grunty** |  |  |  |  |
|  | **Budynki** |  |  |  |  |
|  | **Pozostały rzeczowy majtek (trwały)** |  |  |  |  |
|  | **Zapasy** |  |  |  |  |
|  | **Środki na rachunku bankowym** |  |  |  |  |
|  | **Należności od odbiorców** |  |  |  |  |
|  | **Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej)**  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |
|  |
|  | Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych  | Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy | **Ostatni rok obrotowy**  | **Bieżący rok** |  |
|  | **Kapitał własny**  |  |  |  |  |
|  | **Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty** |  |  |  |  |
|  | **Zobowiązania wobec dostawców** |  |  |  |  |
|  | **Inne zobowiązania** |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wn-W (1) | **1/2** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D. Analiza finansowa składającego(2)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **69. Zobowiązania budżetowe** | **70. Inne zobowiązania** | **71. Kwota kredytów bankowych** | **72. Nazwa banku** |
|

 |  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **E. Dane dotyczące stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej** |
|  | **E1. Charakterystyka stanowiska pracy[[5]](#footnote-5)** |  |
|  | **73. Nazwa stanowiska pracy** | **74. Lokalizacja stanowiska pracy** |  |
|  | **75. Opis operacji i czynności wykonywanych na wyposażonym stanowisku pracy** | **76. Wymagane kwalifikacje i umiejętności pracownika niepełnosprawnego** | **77. Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych** | **78. Rodzaj i stopień niepełnosprawności osób, które mogą wykonywać pracę na wyposażonym stanowisku** |  |
|  | **E2. Informacje o wyposażeniu stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej** |  |
|  | **Lp*.*** | **Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy** | **Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy do refundacji**  | **Zmianowość [[6]](#footnote-6)** | **Liczba osób do obsługi [[7]](#footnote-7)** | **Wymiar czasu pracy [[8]](#footnote-8)** | **Koszty wyposażenia stanowiska pracy [[9]](#footnote-9)** | **Kwota do refundacji** |  |
|  |  |
|  | ***1*** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ***2*** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ***3*** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ***4*** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ***5*** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ***6*** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  | **Oświadczam, że**1**:** * + **[ ]**  posiadam / **[ ]**  nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
	+ **[ ]**  zalegam / **[ ]**  nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
	+ **[ ]**  toczy się / **[ ]**  nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,

**Do wniosku załączam :*** + aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w bloku B,
	+ odpowiednio: bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie 2 lata[[10]](#footnote-10) obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata ¹° wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone przez audytora albo z dowodem nadaniem do urzędu skarbowego,
	+ aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych,

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.** |  |
|  | **121. Data sporządzenia wniosku** | **122. Podpis i pieczęć składającego** |  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 | **-** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 | **-** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 |
|  |

|  |
| --- |
| **F. Opinia powiatowego urzędu pracy o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej stanowiska pracy zarejestrowanych  osób niepełnosprawnych** |
|  |  |  |
|  | **123. Data sporządzenia opinii** | **124. Podpis i pieczęć** |  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 | **-** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 | **-** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wn-W (1) | **2/2** |

**Oświadczenie Wnioskodawcy**

W związku z ubieganiem się o refundację ze środków PFRON kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej oświadczam, że na dzień złożenia wniosku:

1. **Zapoznałem(am) się z** warunkami określonymi w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 grudnia 2014r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (Dz.U. z 2015r. poz. 93) i spełniam te warunki.
2. W ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych poprzedzających złożenie wniosku:

 - **otrzymałem(am)\* / nie otrzymałem(am)\*** środków stanowiących pomoc de minimis

 - **otrzymałem(am)\* / nie otrzymałem(am)\*** inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych
 samych kosztów kwalifikowalnych.

1. **Jestem / nie jestem** \* płatnikiem podatku od towarów i usług - VAT.
2. **Zobowiązuję się** do niezwłocznego poinformowania Urzędu o wszelkich zwrotach z tytułu odliczonego podatku akcyzowego oraz innych zwrotów związanych z wydatkami objętymi refundacją kosztów wyposażenia stanowiska pracy.

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art. 233 §1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

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

(data i podpis Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania

Wnioskodawcy zamierzającego wyposażyć stanowisko pracy)

\* niewłaściwe skreślić

## Klauzula informacyjna RODO

Powiatowy Urząd Pracy w Oleśnicy ul. Wojska Polskiego 13, 56-400 Oleśnica jako administrator danych osobowych informuje:

* podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu realizacji zadań wynikających z ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
* posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania,
* podane dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art.6 ust.1 pkt a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO) i zgodnie z jego treścią,
* adres e-mail do inspektora ochrony danych PUP w Oleśnicy: iod@praca-olesnica.pl,
* Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji zadań wynikających z ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
* mają Państwo prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego, którym jest Urząd Ochrony Danych Osobowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w celu realizacji zadań wynikających z ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy i oświadczam, że jestem świadomy, ze brak zgody na przetwarzanie moich danych osobowych skutkuje brakiem możliwości realizacji zadań wynikających z ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

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

(data i podpis podmiotu lub osoby uprawnionej do reprezentowania

tego podmiotu zamierzającego wyposażyć lub doposażyć stanowisko pracy)

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Dokumenty, o których mowa w pkt. E2 Wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.
2. Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia stanowiska pracy,
w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy –załącznik nr 1
3. Dodatkowe informacje o Wnioskodawcy – załącznik nr 2.
4. Oświadczenie o składnikach majatku – załącznik nr 3.
5. „Formularz informacji przedstawianych przez Wnioskodawcę ” w oparciu o Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010r. w sprawie zakresu informacji składanych
przez **podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie** (Dz. U. z 2010r. Nr 121, poz. 810). W przypadku, gdy podmiot nie wnioskuje o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie, **nie wypełnia tego formularza** – załącznik nr 4.
6. „Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis” w oparciu
o Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez **podmiot ubiegający się o pomoc de minimis** (Dz. U. z 2010r. Nr 53, poz. 311 z późn. zm.) – załącznik nr 5.
7. W przypadku gdy otrzymano pomoc de minimis, w tym także pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie należy dołączyć zaświadczenia o otrzymanej pomocy oraz informację o innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go dwa lata kalendarzowe przed dniem złożenia wniosku.
8. Kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do KRS lub CEiDG;
9. Dokumenty potwierdzające formę użytkowania miejsca, w którym zostaną utworzone miejsca pracy np. umowę najmu, dzierżawy /**w przypadku gdy nie wynika ono z dokumentacji rejestrowej**/.
10. Zgłoszenie krajowej oferty pracy.
11. Pełnomocnictwo dla osoby/osób wskazanych do reprezentowania podmiotu jeżeli nie wynika ono z dokumentów rejestrowych firmy, podpisane czytelnie przez osoby uprawnione do reprezentowania.

**Wszystkie kserokopie wymaganych załączników muszą być poświadczone za zgodność
z oryginałem przez Wnioskodawcę lub osobę upoważnioną do reprezentacji Wnioskodawcy.**

 **Załącznik nr 1 do wniosku Wn-W**

**Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia stanowiska pracy:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj wydatku (dot. wyposażenia stanowiska pracy w szczególności środki trwałe, urządzenia, maszyny):** | **Uzasadnienie wydatku:** | **Wnioskowana kwota w PLN:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Wnioskowana kwota refundacji w PLN:** |  |

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

/podpis Wnioskodawcy/

**Załącznik nr 2 do wniosku Wn-W**

**DODATKOWE INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**

**1. Pełna nazwa Wnioskodawcy**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**2. Siedziba Wnioskodawcy**

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

**3. Miejsce tworzenia stanowiska pracy**

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

**4. Imi**ę **i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu w sprawie złożonego wniosku** ........................................................................................................... nr telefonu .....................................

**5.** **Informacje o realizacji obowi**ą**zku wpłat na rzecz PFRON**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do obowiązkowych wpłat na rzecz PFRON | **1. tak\*** |   **2. nie** |
| Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON |  |
| Numer identyfikacyjny PFRON |  |

\*z jakiego tytułu ……………………………………………………………………………………………………….

**8. Stanu zatrudnienia za okres 12 miesi**ę**cy przed złożeniem wniosku:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesi**ą**c** | **Liczba osób** | **Liczba osób w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy** |
| ogółem | w tym niepełnosprawnych | ogółem | w tym niepełnosprawnych |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |
| **Średnia z 12 m-cy** |  |  |  |  |
| Uzasadnienie zmian kadrowych w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy |

 ...........................................................................................
 /podpis Wnioskodawcy/

 **Załącznik nr 3 do wniosku Wn-W**

**OŚWIADCZENIE O SKŁADNIKACH MAJĄTKU**

Oświadczam, co następuje:

1. Posiadam następujące składniki majątkowe stanowiące własność lub współwłasność moją lub współmałżonka:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Składnik majątku (nieruchomości, maszyny, urządzenia, samochody itp.)** | **Nazwisko współwłaściciela** | **Udział wnioskodawcy** | **Rok zakupu** | **Wartość rynkowa** | **Obciążenie hipoteki** |
|  |  |  |  |  |  |

1. Zadłużenie wobec banków, podmiotów gospodarczych, budżetu państwa, ZUS, osób fizycznych oraz zobowiązania z tytułu udzielonych poręczeń, gwarancji moje i współmałżonka jest następujące:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Podmiot wobec, którego istnieje zobowiązanie** | **Kwota zobowiązania** | **Kwota pozostała** **do spłaty** | **Data powstania zobowiązania** | **Forma prawnego zabezpieczenia** | **Data wygaśnięcia zobowiązania** |
|  |  |  |  |  |  |

1. Moje przeciętne dochody netto wynoszą:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. z tytułu prowadzenia działalności
2. inne dochody
 | .......................................................... zł………............................................... zł |

4. Łączny dochód miesięczny netto /ze wszystkich źródeł/ gospodarstwa domowego podmiotu
 …………………………………….…… zł
5. Dochód miesięczny netto przypadający na 1 osobę …………………………………………. zł

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art. 233 §1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

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

 **(data i podpis Wnioskodawcy)**

 **Załącznik nr 4 do wniosku Wn-W**

 **FORMULARZ INFORMACJI PRZEDSTAWIANYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ**

1) Imię i nazwisko albo firma wnioskodawcy

…………………………………………………………………………………………………

2) Miejsce zamieszkania i adres albo siedziba i adres wnioskodawcy

………………………………………………………………………………………………….
3) Rodzaj prowadzonej działalności, w związku z którą ubiega się o pomoc\*:

* działalność w rolnictwie
* działalność w rybołówstwie

4) Informacja o otrzymanej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na których pokrycie ma być udzielona pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Dzień udzielenia pomocy1) | Podstawa prawna2) | Wartość pomocy3) | Forma pomocy4) | Przeznaczenie pomocy5) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

Objaśnienia:

1) *Dzień udzielenia pomocy* – podać dzień udzielenia pomocy wynikający z decyzji lub umowy.

2) *Podstawa prawna* – podać tytuł aktu prawnego stanowiącego podstawę do udzielenia pomocy.

3) *Wartość otrzymanej pomocy* – podać wartość pomocy jako ekwiwalent dotacji brutto określony
 w decyzji lub umowie.

4) *Forma pomocy* – wpisać formę otrzymanej pomocy, tj. dotacja, dopłaty do oprocentowania
 kredytów, zwolnienie lub umorzenie z podatku lub opłat, refundacje w całości lub w części, lub inne.

5) *Przeznaczenie otrzymanej pomocy* – wskazać, czy koszty, które zostały objęte pomocą, dotyczą
 inwestycji w gospodarstwie rolnym lub rybołówstwie czy działalności bieżącej.

Dane osoby upoważnionej do podpisania informacji:

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

 (imię i nazwisko) (data i podpis)

\* niewłaściwe skreślić

1. W odpowiednich polach wstawić znak X. Nie wypełniać poz. 6, 7, 25-27, 30-72 w przypadku wykazania tych danych w innym wniosku Wn-W składanym łącznie z niniejszym wnioskiem. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy podać także numer kierunkowy. [↑](#footnote-ref-2)
3. Dla stanowiska pracy, którego dotyczy refundacja, należy wypełnić Część II wniosku po poniesieniu kosztów polegających refundacji i wraz z kopią dowodu poniesienia tych koszyów dołączyć do złożonego wniosku. [↑](#footnote-ref-3)
4. Pracodawcy nieprowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu składając wniosek, nie wypełnia poz. 30-72. [↑](#footnote-ref-4)
5. W przypadku różnych stanowisk pracy, dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach. [↑](#footnote-ref-5)
6. W przypadku planowego wykorzystania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian. [↑](#footnote-ref-6)
7. Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie. [↑](#footnote-ref-7)
8. Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat. [↑](#footnote-ref-8)
9. Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W. [↑](#footnote-ref-9)
10. W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy. [↑](#footnote-ref-10)