

Podstawa prawna: Art. 26 e ust.8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.)

Składający¹: ☐ A. Pracodawca ubiegający się o 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	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	15. Faks ²	16. E-mail		
B2. Adres do korespondencji				
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 pomocy³

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

D. Analiza finansowa składającego (1)⁴

Aktywa trwałe i obrotowe	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
Grunty	30.	31.	32.
Budynki	33.	34.	35.
Pozostały rzeczowy majątek (trwały)	36.	37.	38.
Zapasy	39.	40.	41.
Środki na rachunki bankowym	42.	43.	44.
Należności od odbiorców	45.	46.	47.
Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej)	48.	49.	50.
Razem	51.	52.	53.

Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
Kapitał własny	54.	55.	56.
Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty	57.	58.	59.
Zobowiązania wobec dostawców	60.	61.	62.
Inne zobowiązania	63.	64.	65.
Razem	66.	67.	68.

¹W 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

²Należy podać także numer kierunkowy.

³Dla stanowiska pracy, którego dotyczy refundacja, należy wypełnić Część II wniosku po poniesieniu kosztów podlegających refundacji i wraz z kopią dowodu poniesienia tych kosztów dołączyć do złożonego wniosku.

⁴Pracodawcy nieprowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu składając wniosek nie wypełnia poz. 30-72.

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			
71. Nazwa stanowiska pracy	72. 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							
L.p.	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy do refundacji	Zmianowość ⁶	Liczba osób do obsługi ⁷	Wymiar czasu pracy ⁸	Koszty wyposażenia stanowiska pracy ⁹	Kwota refundacji
1	79.	80.	81.	82.	83.	84.	85.
2	86.	87.	88.	89.	90.	91.	92.
3	93.	94.	95.	96.	97.	98.	99.
4	100.	101.	102.	103.	104.	105.	106.
5	107.	108.	109.	110.	111.	112.	113.
6	114.	115.	116.	117.	118.	119.	120.

Oświadczam, że¹:

☐ 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 dwa lata¹⁰ obrotowe — w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach — roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata¹⁰, wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone przez audytora albo z dowodem nadania 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(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

121. Data sporządzenia wniosku i [] [] [] [] - [] [] - [] []	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
--	-----------------------

⁵ W przypadku różnych stanowisk pracy, dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach.

⁶ W przypadku planowego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.

⁷ Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.

⁸ Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat.

⁹ Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W.

¹⁰ W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy.

DODATKOWE INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

Pełna nazwa pracodawcy

.....

Adres siedziby

.....

Liczba planowanych do utworzenia stanowisk pracy w ramach wnioskowanej refundacji

1. Forma prawna prowadzonej działalności (np. osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, spółka cywilna, spółka z o.o.)
2. **Zatrudnienie** w reprezentowanym przeze mnie podmiocie w okresie ostatnich 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku przedstawiało się następująco:

L.p.	Miesiąc i rok (stan na ostatni dzień miesiąca)	Liczba zatrudnionych pracowników (ilość osób wykonujących pracę na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą)	Liczba etatów w przeliczeniu na pełny i niepełny wymiar czasu pracy (np. 1 etat + 0,25 etatu = 1,25 etatu)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
w dniu złożenia wniosku			

* w przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia w okresie ostatnich 12 m-cy należy podać przyczyny

.....

.....

.....

data

.....

podpis Wnioskodawcy

**SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA WYDATKÓW
DOTYCZĄCYCH WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
(oddzielnie dla każdego stanowiska)**

Nazwa stanowiska.....

REFUNDACJA OBEJMUJE KOSZTY PONIESIONE WYŁĄCZNIE PO DNIU ZAWARCIA UMOWY

L.p.	Wyszczególnienie zakupów (tylko środki podlegające refundacji)	ilość sztuk	rynek pierwotny/ wtórny (wpisać właściwe)	kwota kosztów NETTO w PLN	kwota kosztów BRUTTO w PLN
	Razem				

Uzasadnienie celowości poszczególnych planowanych zakupów w ramach refundacji, związanych bezpośrednio i jednoznacznie z wyposażeniem stanowiskiem pracy:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data

.....
podpis Wnioskodawcy

**INFORMACJE DOTYCZĄCE STANOWISKA PRACY
ORAZ WYMAGAŃ WOBEC KANDYDATÓW**
(dla różnych stanowisk niezbędne jest sporządzenie odrębnych oświadczeń)

1. Nazwa zawodu:
2. Nazwa stanowiska:
3. Kod zawodu:
4. Liczba miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych:
5. Wnioskowana liczba kandydatów:
6. Wymiar czasu pracy: pełen etat / niepełny etat (jaki wymiar?):
7. Rodzaj umowy o pracę: na czas nieokreślony, na czas określony *(niepotrzebne skreślić)*
8. Zmianowość: jedna zmiana, dwie zmiany, trzy zmiany, ruch ciągły, inna (jaka)
(właściwe podkreślić lub wpisać)
9. Miejsce wykonywania pracy:
10. Rozkład czasu pracy:
pn. – pt. (od – do):
sob. (od – do):
ndz. (od – do):
11. Wysokość wynagrodzenia brutto:
12. System wynagradzania: miesięczny / godzinowy / premiowy / prowizyjny / akordowy
(właściwe podkreślić)
13. Dodatkowe informacje (możliwość zakwaterowania, itp.):
.....
14. Wymagania/oczekiwania pracodawcy wobec potencjalnego kandydata:

(zaznaczyć właściwe)

	<i>konieczne</i>	<i>pożądane</i>
Wykształcenie:	☐	☐
Zawód:	☐	☐
Staż pracy:	☐	☐
Uprawnienia:	☐	☐
Umiejętności:	☐	☐
Języki obce:	☐	☐
15. Ogólny zakres obowiązków (rodzaj wykonywanej pracy – charakterystyka):
.....
.....
.....

Oświadczam, że powyższe informacje, w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku – zawarcia umowy, stanowić będą ofertę pracy i nie ulegną zmianie - będą podstawą do zatrudnienia skierowanych przez Urząd osób niepełnosprawnych na podstawie zawartej umowy, przez cały okres jej trwania.

.....
/pieczętka, podpis wnioskodawcy/

Należy wypełnić wszystkie informacje w przypadku braku wymagań należy wpisać „bez znaczenia”

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Ja niżej podpisany/a **oświadczam** :

1. **Jestem / nie jestem*** zobowiązany do składania sprawozdań finansowych zgodnie z przepisami o rachunkowości.
2. **Jestem / nie jestem*** czynnym podatnikiem VAT.
3. W bieżącym roku podatkowym oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych **otrzymałem /nie otrzymałem*** pomoc de minimis oraz pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie **w wysokości ogółem: euro.**
4. **Jestem świadomy**, iż w przypadku otrzymania pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie **zobowiązany jestem** przedłożyć wszystkie zaświadczenia – dotyczące pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie „**jednego przedsiębiorstwa**” uzyskane w bieżącym roku podatkowym oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych lub stosownego oświadczenia w tym zakresie, zawierającego co najmniej takie dane jak: nazwa podmiotu udzielającego pomocy, data udzielenia pomocy, wartość pomocy w złotych oraz wartość pomocy w euro.
Wobec powyższego w załączeniu **przedkładam/ nie przedkładam*** oświadczenie /..... sztuk zaświadczeń*.
5. **Zobowiązuję się** do złożenia najpóźniej w dniu podpisania umowy zaświadczeń o pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie uzyskanych w okresie **od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy.**
6. **Spełniam / nie spełniam*** warunki określone w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis*.
7. **Forma opodatkowania** (właściwe zaznaczyć **x** oraz wskazać stawkę podatkową)
 - ☐ karta podatkowa
 - ☐ podatek od osób prawnych %
 - ☐ zasady ogólne - podatek od osób fizycznych %
 - ☐ ryczałt od przychodów ewidencjonowanych %.
8. W okresie do 365 dni przed złożeniem wniosku (oferty pracy)
 - **nie zostałem / zostałem*** ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy,
 - **nie jestem / jestem*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
9. **Zapoznałem się** z treścią **oraz spełniam** warunki określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.

Wiarygodność informacji podanych we wniosku i w załączonych do niego dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem. Świadom odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego jednocześnie oświadczam pod rygorem wypowiedzenia umowy o refundację, że informacje zawarte we wniosku i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
data

.....
podpis Wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA
Informacja adresata dotycząca danych osobowych

① Adresat wniosku Wn-O – Powiatowy Urząd Pracy w Tczewie 83-110 Tczew Al. Solidarności 14A tel. 58 531 34 15, jako administrator danych osobowych, informuje Panią/Pana, że:

- posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, o ile nie zachodzą sytuacje, o których mowa w art. 14 ust. 5, art. 17 ust. 3 i art. 21 ust. 1 rozporządzenia ogólnego o ochronie danych osobowych;
- podanie danych jest dobrowolne ale niezbędne w celu rozpatrzenia wniosku, udzielenia środków na podstawie umowy, wypłacenia środków, ich rozliczenia, kontrolowania prawidłowości realizacji umowy oraz zabezpieczenia zwrotu środków, a także kontroli zgodności tych czynności z przepisami prawa;
- podane dane będą przetwarzane w celu realizacji zadania określonego w art. 26e ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych oraz na podstawie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej i zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych;
- dane mogą być udostępniane przez Adresata:
 - a) Pełnomocnikowi Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych lub Prezesowi Zarządu PFRON w celu przeprowadzenia kontroli prawidłowości realizacji zadania udzielania środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej lub działalności w formie spółdzielni socjalnej na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - b) Komisji Europejskiej w celu przeprowadzenia kontroli zgodności udzielenia pomocy z warunkami udzielania pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie, pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury na podstawie rozporządzenia Rady (UE) 2015/1589 z dnia 13 lipca 2015 r. ustanawiającego szczegółowe zasady stosowania art.

108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz.U.UE.L.2015.248.9);

- inspektorem ochrony danych u Adresata jest: Pani/Pan **Wiesława Bettker** (adres e-mail inspektora danych: iod@puptczew.pl);
- dane osobowe będą przechowywane przez okres dziesięcioletni niezbędny do udzielenia pomocy oraz jej kontroli przez Komisję Europejską;
- ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Głównego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną

.....
data i podpis wnioskodawcy

Załączniki do wniosku:

1. Załącznik nr 1 – dodatkowe informacje o wnioskodawcy.
2. Załącznik nr 2 – szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.
3. Załącznik nr 3 – informacje dotyczące stanowiska pracy oraz wymagań wobec kandydatów.
4. Załącznik nr 4 – oświadczenie wnioskodawcy.
5. Załącznik nr 5 - formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*.
6. Aktualny dokument potwierdzający formę prawną istnienia podmiotu np. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wypis z rejestru przedsiębiorców.
7. Kserokopia umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego oraz koncesja lub pozwolenie na prowadzenie działalności - w przypadku, gdy wymaga tego przepis prawa.
8. Umocowanie do reprezentowania pracodawcy – umocowanie nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania pracodawcy w dokumencie rejestrowym. W przypadku złożenia umocowania (pełnomocnictwa) – dowód dokonania opłaty skarbowej lub oświadczenie o podstawie zwolnienia z opłaty.
9. Dokument określający tytuł prawny do nieruchomości/ budynku/ lokalu, w którym mają zostać wyposażone stanowiska pracy.
10. Bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone przez audytora albo dowodem nadania do urzędu skarbowego.
11. Dokument potwierdzający posiadanie rachunku bankowego ze wskazaniem jego numeru.
12. Aktualne zaświadczenie z banku o:
 - ✓ posiadanych środkach finansowych,
 - ✓ obrotach na rachunku za ostatni rok,
 - ✓ ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia jego spłaty oraz
 - ✓ lokatach terminowych.
13. Oferty cenowe odnośnie wszystkich elementów wyposażenia stanowiska pracy wnioskowanych do refundacji lub faktury pro forma.
14. Dokumenty dotyczące zabezpieczenia wnioskowanej kwoty środków na przykład:
 - w przypadku poręczenia oraz weksla z poręczeniem wekslowym - **oświadczenie osób poręczających** o uzyskiwanych dochodach ze wskazaniem źródła i kwoty dochodu oraz o aktualnych zobowiązaniach finansowych z określeniem wysokości miesięcznej spłaty zadłużenia, podając jednocześnie imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL oraz nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
 - w przypadku blokady środków zgromadzonych na rachunku bankowym – dokument potwierdzający wysokość zgromadzonych środków
 - w przypadku aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji przez dłużnika – oświadczenie o wartości posiadanego majątku wraz z dokumentami potwierdzającymi ten fakt (np. akty notarialne lub odpisy ksiąg wieczystych, dowody rejestracyjne posiadanych samochodów).

Złożenie wniosku nie gwarantuje otrzymania refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.

Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie, zawarcie umowy następuje w drodze oświadczenia woli stron i żadnej nie przysługuje roszczenie o jej zwarcie.