

Załączniki do wniosku:

1. Kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem:
 - dokumentu określającego tytuł prawny do lokalu, w którym prowadzona jest działalność gospodarcza oraz planuje się utworzyć stanowiska pracy, w ramach refundacji ze środków Funduszu, kosztów wyposażenia stanowiska pracy.
1. Informacje o wnioskodawcy załącznik Nr 1 do wniosku.
2. Oświadczenie wnioskodawcy ubiegającego się o zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej – załącznik Nr 2 do wniosku.
4. Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy *de minimis* i oświadczenie o nieotrzymaniu pomocy – załącznik nr 3 i 3 a do wniosku.
5. Informacja wnioskodawcy przedstawiana przy ubieganiu się o pomoc *de minimis* sporządzona na podstawie wzoru zamieszczonego w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 24.11.2014r. (Dz. U. z 2014r. poz. 1543).
6. Kalkulacja wydatków na wyposażenie dla poszczególnych stanowisk pracy i źródła ich finansowania (w przypadku ubiegania się o więcej niż 1 stanowisko pracy – kalkulację wydatków należy wypełnić odrębnie dla każdego stanowiska) - załącznik nr 4 do wniosku.
7. Szczegółowa specyfikacja i harmonogram wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia 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 oraz wymaganiami ergonomii (w przypadku ubiegania się o więcej niż 1 stanowisko pracy – szczegółową specyfikację i harmonogram wydatków należy wypełnić odrębnie dla każdego stanowiska) - załącznik nr 5 do wniosku.
8. Oświadczenie o uzyskiwanych dochodach przez poręczyciela - załącznik Nr 6 do wniosku:
 - a) **jednego poręczyciela - na 1 stanowisko pracy**, który uzyskuje przeciętny miesięczny dochód wynikający ze stosunku pracy/służbowego, dochód z pozarolniczej działalności gospodarczej lub pobierania emerytury/renty w wysokości co najmniej **2000,00 zł (netto)**
 - b) **dwóch poręczycieli - na 1 stanowisko pracy**, jeżeli każdy z nich uzyskuje przeciętny miesięczny dochód wynikający ze stosunku pracy/służbowego, dochód z pozarolniczej działalności gospodarczej lub pobierania emerytury/renty w wysokości co najmniej **1700,00 zł (netto)**.
9. Oświadczenie o nie zaleganiu z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne wobec ZUS.
10. Oświadczenie o nie zaleganiu z opłatami z tytułu zobowiązań podatkowych wobec Urzędu Skarbowego.
11. Zgłoszenie oferty pracy.

UWAGA!

1. Rozpatrywany będzie tylko kompletny i prawidłowo sporządzony wniosek.
2. Treść wniosku nie może być zmieniana ani modyfikowana.
3. Złożenie kompletnego wniosku nie gwarantuje otrzymania refundacji.
4. Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie, zawarcie umowy następuje w drodze oświadczenia woli stron i żadnej ze stron nie przysługuje roszczenie w tej sprawie.

.....
/pieczęć Wnioskodawcy/

.....
/miejscowość, data/

I. DODATKOWE INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

Pełna nazwa Wnioskodawcy, imię i nazwisko :

.....

1. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby upoważnionej do reprezentowania do kontaktu w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej:
-

Siedziba i adres Wnioskodawcy:

.....

.....

Tel.....Fax.....e-mail.....

2. Numer REGON (jeżeli został nadany).....

3. Numer identyfikacji podatkowej (NIP)

4. Nr wpisu do CEIDG, KRS lub innego rejestru sądowego.....

5. Nazwa banku i numer rachunku bankowego.....
-

6. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD)
-

7. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności.....

8. Okresy zawieszenia działalności gospodarczej.....

9. Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności gospodarczej
-

10. Wielkość przedsiębiorcy (mikroprzedsiębiorca, mały lub średni przedsiębiorca, inny).....

11. Forma i stawka opodatkowania.....

13. Czy Wnioskodawca sporządza sprawozdania finansowe zgodnie z przepisami o rachunkowości (*należy zaznaczyć x*)

☐ TAK

☐ NIE

W przypadku zaznaczenia *nie* proszę wymienić inne dokumenty pozwalające ocenić sytuację finansową przedsiębiorcy.....

.....

14. Wnioskodawca jest płatnikiem podatku VAT a usługi podlegają opodatkowaniu podatkiem VAT

(właściwe należy zaznaczyć x)

☐ TAK

☐ NIE

15. Wnioskodawca jest płatnikiem VAT, lecz nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

☐ TAK

☐ NIE

16. Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON (właściwe należy zaznaczyć x)

☐ TAK

☐ NIE

Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON

Nr identyfikacyjny PFRON

17. Stan zatrudnienia ogółem (na podstawie umów o pracę) w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na dzień złożenia wniosku.....

18. Stan zatrudnienia w okresie ostatnich 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy wynosi:

Lp.	Miesiąc	Liczba osób		Liczba osób w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy	
		Ogółem	W tym niepełnosprawni	Ogółem	W tym niepełnosprawni
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13	RAZEM				
14	ŚREDNIA Z 12 M-CY				

UZASADNIENIE zmian kadrowych w ciągu 12 miesięcy;.....

.....

.....

.....

.....

Działalność gospodarcza, w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, musi być prowadzona przez podmiot przez okres, co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, z tym, że do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej.

[illegible]

**I. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI MIEJSC PRACY DLA OSOBY
NIEPEŁNOSPRAWNEJ : BEZROBOTNEJ LUB POSZUKUJACEJ PRACY NIE
POZOSTAJACEJ W ZATRUDNIENIU**

1. Wnioskowana liczba stanowisk pracy dla skierowanych osób niepełnosprawnych , których dotyczy wyposażenie stanowiska pracy.....
2. Wnioskowana do refundacji ze środków PFRON kwota zwrotu wyposażenia stanowisk pracy
.....
3. Nazwa stanowiska pracy:
.....
4. Nazwa zawodu zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności:
.....
5. Miejsce wykonywania pracy (dla w/w stanowisk):
.....
6. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowane osoby niepełnosprawne na utworzonych stanowiskach pracy.....
.....
7. System i rozkład czasu pracy:.....
8. Wymagane kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinny spełniać osoby niepełnosprawne skierowane przez Powiatowy Urząd Pracy:

Lp.	Stanowisko	Wykształcenie	Dodatkowe kwalifikacje	Liczba osób do zatrudnienia	Deklarowane wynagrodzenie miesięczne (brutto)	Stopień niepełności
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
			Razem		x	

9. Termin i miejsce skierowania osób niepełnosprawnych do wykonywania pracy
.....
10. Proponowana forma zabezpieczenia ewentualnego zwrotu kosztów wyposażenia stanowisk pracy osoby niepełnosprawnej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wszelkich danych uzyskanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Jędrzejowie, dotyczących mojej firmy, w tym również danych dotyczących informacji opisanych w art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r o ochronie danych osobowych (tekst jednolity – Dz. U. z 2016r., poz. 922), w związku z ubieganiem się o pomoc publiczną w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych.

.....
(podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE
WNIOSKODAWCY UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ZWROT KOSZTÓW WYPOSAŻENIA
STANOWISKA PRACY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Oświadczam że:

- 1) Na dzień złożenia niniejszego wniosku:
 - **nie posiadam/ posiadam** zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON
 - **nie zalegam/zalegam** z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych,
 - **nie zalegam/ zalegam** z opłacaniem innych danin publicznych,
 - **nie posiadam/posiadam** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
(właściwe podkreślić)
 (W przypadku posiadania jakichkolwiek zobowiązań podać jakie.....
)
- 2) **nie toczy się/ toczy się** *(właściwe podkreślić)* w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
- 3) **nie prowadzę/prowadzę** *(właściwe podkreślić)* jako podmiot działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej przez okres co najmniej **12 miesięcy** bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (z wyłączeniem okresów zawieszenia działalności gospodarczej*).
- 4) **nie byłem karany/ byłem karany**, w okresie 2 lat przed dniem złożenia niniejszego wniosku, za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r.- Kodeks Karny (tekst jednolity: Dz. U. z 2016r., poz. 1137) lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (tekst jednolity: Dz. U. z 2016r., poz. 1541); - *właściwe podkreślić*.
- 5) **nie spełniam/spelniam** warunki określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (tekst jednolity – Dz. U. z 2015r. poz. 93), oraz w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do *pomocy de minimis* (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r., str.1), rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do *pomocy de minimis* w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r., str.9) albo we właściwych przepisach Unii Europejskiej dotyczących *pomocy de minimis* w sektorze rybołówstwa i akwakultury *(właściwe podkreślić)*.
- 6) **nie zostałem/ zostałem** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych jak też nie jestem objęty postępowaniem w tej sprawie – *(właściwe podkreślić)*.
- 7) **zobowiązuję się** do zatrudnienia na wyposażonym stanowisku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy skierowaną osobę niepełnosprawną bezrobotną albo poszukującą pracy niepozostającą w zatrudnieniu przez okres, co najmniej **36 miesięcy**.
- 8) **zobowiązuję się** do zwrotu, otrzymanej refundacji oraz odsetek od refundacji naliczonych od dnia jej otrzymania w wysokości jak dla zaległości podatkowych w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania wezwania Starosty do zapłaty w przypadku:
 - złożenia niezgodnych z prawdą oświadczeń, zaświadczeń lub informacji złożonych do wniosku,

- naruszenia innych warunków umowy;

10) dane zawarte we wniosku o zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej są prawdziwe i aktualne.

** do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej;*

Niniejsze oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 k.k., który stanowi:

„Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowanie sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”

.....
(podpis i pieczęć wnioskodawcy)

.....
/pieczęć Wnioskodawcy/

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS OTRZYMANEJ W ROKU
BIEŻĄCYM ORAZ W CIĄGU 2 POPRZEDZAJĄCYCH GO LAT.**

Świadomy, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, oświadczam że:

w bieżącym roku oraz w ciągu 2 lat poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

- otrzymałem/nie otrzymałem* środków stanowiących pomoc publiczną de minimis

W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć kopię zaświadczeń o otrzymanej pomocy.

**Pomoc publiczna de minimis otrzymana w okresie
od dnia..... do dnia.....**

L.p.	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna	Dzień udzielenia pomocy	Wartość pomocy brutto	Wartość pomocy w EURO	Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
X	X	X	Razem			

W załączeniu zaświadczenia o udzielonej pomocy de minimis.....szt.

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis Wnioskodawcy)

..... data
(miejscowość)

.....
(imię i nazwisko albo nazwa Wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania albo siedziby)

.....
NIP)

OŚWIADCZENIE O NIEOTRZYMANIU POMOCY

Oświadczam, że wnioskodawca dotychczas nie otrzymał żadnej pomocy publicznej, pomocy *de minimis*, pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie lub innej pomocy, odnoszących się do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona wnioskowana pomoc *de minimis*.

Wiarygodność podanych w oświadczeniu danych stwierdzam własnoręcznym podpisem i oświadczam, że zostałem /am/ zapoznany /a/ z treścią art. 233 § 1 k. k., który brzmi „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowanie sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

.....
data, podpis i pieczęć wnioskodawcy

.....
(pieczęć Wnioskodawcy)

KALKULACJA WYDATKÓW NA WYPOSAŻENIE DLA POSZCZEGÓLNYCH STANOWISK PRACY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ I ŹRÓDŁA ICH FINANSOWANIA

Nazwa stanowiska pracy.....

Lp	Wyszczególnienie wydatków (nazwa maszyny urządzenia, sprzętu itp.)	Ilość sztuk	Wartość brutto	Źródła finansowania		
				Środki własne (koszty brutto)		Środki Funduszu podlegające refundacji (koszty brutto)
				Koszty poniesione	Koszty przewidziane do poniesienia	
1	2	3	4	5	6	7
RAZEM						

.....
(data, podpis i pieczęć wnioskodawcy)

.....
(pieczęć Wnioskodawcy)

**SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA I HARMONOGRAM WYDATKÓW DOTYCZĄCYCH
WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
W SZCZEGÓLNOŚCI NA ZAKUP ŚRODKÓW TRWAŁYCH, URZĄDZEŃ, MASZYN,
W TYM ŚRODKÓW NIEZBĘDNYCH DO ZAPEWNIENIA ZGODNOŚCI STANOWISKA
PRACY Z PRZEPISAMI BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY ORAZ
WYMAGANIAM I ERGONOMII**

Nazwa stanowiska pracy.....

Lp	Rodzaj wydatku (nazwa maszyny, urządzenia, sprzętu itp.)	Ilość	Koszt zakupu podlegający refundacji ze środków Funduszu (w cenach brutto)	Miejsce zakupu	Planowany termin zakupu
1	2	3	4	5	6
1					Uwaga: W okresie od dnia zawarcia umowy.
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12	RAZEM				

.....
(data, podpis i pieczęć wnioskodawcy)

Uzasadnienie wydatków:

Proszę uzasadnić konieczność dokonania zakupów wymienionych w szczegółowej specyfikacji i harmonogramie wydatków oraz opisać, do czego dany zakup będzie służył osobie niepełnosprawnej zatrudnionej na wyposażonym stanowisku pracy.

Proszę wskazać źródło pochodzenia zakupu oraz sposób oszacowania jego wartości.

Poz. 1.....

.....

.....

Poz. 2.....

.....

.....

Poz. 3.....

.....

.....

Poz. 4.....

.....

.....

Poz. 5.....

.....

.....

Poz. 6.....

.....

.....

Poz. 7.....

.....

.....

Poz. 8.....

.....

.....

Poz. 9.....

.....

.....

Poz. 10.....

.....

.....

.....

(data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE O UZYSKIWANYCH DOCHODACH

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

.....

Numer PESEL.....

Seria i Nr dowodu osobistego.....

Oświadczam że:

Przeciętny miesięczny dochód* z ostatnich trzech miesięcy wynosi zł

Słownie: tytułu:

1. stosunku pracy / służbowego.....

.....

/ nazwa zakładu pracy, adres/

na podstawie umowy na czas nieokreślony**/ określony do dnia.....

*Znajduje się /nie znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę (niepotrzebne skreślić).**Zakład jest / nie jest w likwidacji (niepotrzebne skreślić).*

2. prowadzenia działalności gospodarczej.....

.....

/nazwa i adres podmiotu /

3. pobierania emerytury**/renty.....

/nr decyzji o przyznaniu świadczenia/

Jednocześnie oświadczam, że moje aktualne miesięczne zobowiązania finansowe z tytułu spłaty zadłużenia.....

/ podać tytuł zadłużenia/

wynoszązł

słownie.....

Powyższe oświadczenie potwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za złożenie danych niezgodnych z prawdą.

Art.233 KK § 1, „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity – Dz. U. z 2016r. poz. 922) wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych.

.....dnia.....

.....

/podpis czytelny/

*dochód - oznacza to, przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne*** oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne** niepotrzebne skreślić*** niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu.