

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 2011r. Nr 127, poz. 721, ze zm.).
Składający ¹ :	<input type="checkbox"/> A. Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej. <input type="checkbox"/> B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.
Adresat:	<input type="checkbox"/> A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu. <input type="checkbox"/> B. Prezes Zarządu Funduszu.

A. Dane o wniosku

1. Wniosek ¹	2. Numer akt	3. Data wpływu
<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 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 <i>Wypełnia składający mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1</i>					
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 trwale i obrotowe	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy		Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
	30.	31.	32.	
Grunty	30.	31.	32.	
Budynki	33.	34.	35.	
Pozostały rzeczowy majątek (trwały)	36.	37.	38.	
Zapasy	39.	40.	41.	
Środki na rachunku bankowym	42.	43.	44.	
Należności od odbiorców	45.	46.	47.	
Inne (aktywa obrotowe nie ujęte powyżej)	48.	49.	50.	
Razem	51.	52.	53.	
Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy		Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
	54.	55.	56.	
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.	

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.

² Należy podać także numer kierunkowy.

³ Dla 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.

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.

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 pracy⁵**

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	Liczba osób do obsługi ⁷	Wymiar czasu pracy ⁸	Koszty wyposażenia stanowiska pracy ⁹	Kwota do 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 lata¹¹, wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczony przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego,
- aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, zdolności kredytowej, 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 _ _ _ _ - _ _ - _ _	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.

Wykaz załączników i dokumentów stanowiących integralną część wniosku

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis;
2. Zaświadczenia o pomocy de mini mis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok i poprzedzające do 2 lata oraz informację o innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych;
3. Dokumenty dotyczące zabezpieczenia zwrotu otrzymanej refundacji;
4. Dokument określający tytuł prawny do lokalu, w którym mają być utworzone miejsca pracy;
5. Dokument poświadczający prawną formę istnienia firmy (wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o działalności gospodarczej, odpis KRS, umowa spółki cywilnej);
6. Ewidencja środków trwałych i wyposażenia;
7. Zaświadczenie z US o niezaleganiu z podatkami;
8. Zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu ze składkami;
9. Faktura proforma lub inny dokument noszący znamiona oferty handlowej uwiarygodniający cenę rynkową wyposażenia – w przypadku zakupu środków trwałych o wartości powyżej 3 500,00 zł.

Rozpatrywane będą wnioski kompletne i prawidłowo wypełnione.

Złożenie wniosku o refundację nie gwarantuje otrzymania środków.

Od negatywnego stanowiska Starosty nie przysługuje odwołanie.

Informacja dodatkowa o Wnioskodawcy

1. Pełna nazwa Wnioskodawcy

.....

2. Siedziba Wnioskodawcy

.....

3. Miejsce tworzenia stanowiska pracy

.....

4. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu w sprawie złożonego wniosku

..... nr telefonu.....

5. Dodatkowe informacje o Wnioskodawcy

Numer REGON (kserokopia, oryginał do wglądu)		
Aktualna wartość księgowa rzeczowego majątku trwałego		
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Podstawa zwolnienia z podatku VAT		
Wnioskodawca jest płatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony	<input type="checkbox"/> może obniżyć kwotę podatku	<input type="checkbox"/> nie może obniżyć
Podstawa prawna		

6. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do obowiązkowych wpłat na rzecz PFRON	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie*
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Numer identyfikacyjny PFRON		

* z jakiego tytułu

7. Informacja o zaciągniętych kredytach bankowych

Czy Wnioskodawca korzysta z kredytów bankowych		<input type="checkbox"/> 1. tak*		<input type="checkbox"/> 2. nie	
Nazwa banku	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota spłacona	Forma zabezpieczenia
Razem					

* dołączyć opinie bankowe

8. Sprawozdanie ze stanu zatrudnienia za okres dwunastu miesięcy przed wystąpieniem o zwrot kosztów

Lp.	Miesiąc	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					

* nie wlicza się pracowników przebywających na urloпах wychowawczych, zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego (uczniów), a także umów cywilnoprawnych.

Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy* w dniu złożenia wniosku

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wszelkich danych uzyskanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Tomaszowie Maz. dotyczących mojej firmy, w tym również danych dotyczących informacji opisanych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych - Dz. U. z 2016, poz.922 ze zm.), w związku z ubieganiem się o pomoc publiczną w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych.

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe.

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

Oświadczenie współmałżonka Wnioskodawcy

do Wniosku z dnia.....o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy
ze środków PFRON dla osoby niepełnosprawnej

Ja niżej podpisany(a).....

PESEL.....oświadczam, że wyrażam zgodę na
zawarcie umowy o refundację ze środków PFRON, kosztów poniesionych przez podmiot na
wyposażenie stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej.

.....
(podpis składającego oświadczenie)

....., dnia.....

.....
Pieczęć Wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA O POMOCY

Oświadczam, co następuje:

.....
(Pełna nazwa Wnioskodawcy)

nie jestem/ jestem* beneficjentem pomocy, o którym mowa w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U. z 2018 r., poz.362).

.....
(pieczęć i podpis Wnioskodawcy
lub osoby upoważnionej
do reprezentowania Wnioskodawcy)

* niepotrzebne skreślić

....., dnia.....

.....
Pieczętka wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS

Oświadczam, co następuje:

.....
(Pełna nazwa Wnioskodawcy)

w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy oraz poprzedzające go dwa lata podatkowe przed dniem złożenia niniejszego wniosku o udzielenie pomocy publicznej **nie otrzymałem/am/ otrzymałem/am** pomoc publiczną de minimis[†] w następującej wielkości (w przypadku otrzymania pomocy proszę wypełnić poniższą tabelę i załączyć uwierzytelnione kopie stosownych zaświadczeń):

Lp.	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna jej otrzymania	Dzień/miesiąc/rok udzielenia pomocy	Forma pomocy	Wartość pomocy brutto	
					w PLN	w EURO
RAZEM:						

W przypadku spółek cywilnych wymagane jest złożenie oddzielnych oświadczeń dotyczących spółki oraz każdego wspólnika spółki.

.....
(pieczętka i podpis Wnioskodawcy
lub osoby upoważnionej
do reprezentowania Wnioskodawcy)

[†] do przedstawionej pomocy de minimis należy zaliczyć również pomoc de minimis uzyskaną zgodnie z definicją pojęcia jednego przedsiębiorstwa tzw. "jedno przedsiębiorstwo" obejmuje wszystkie jednostki gospodarcze, które są ze sobą powiązane co najmniej jednym z następujących stosunków:

- jedna jednostka gospodarcza posiada w drugiej jednostce gospodarczej większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków;
- jedna jednostka gospodarcza ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innej jednostki gospodarczej;
- jedna jednostka gospodarcza ma prawo wywierać dominujący wpływ na inną jednostkę gospodarczą zgodnie z umową zawartą z tą jednostką lub postanowieniami w jej akcie założycielskim lub umowie spółki;
- jedna jednostka gospodarcza, która jest akcjonariuszem lub wspólnikiem w innej jednostce gospodarczej lub jej członkiem, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub członkami tej jednostki, większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków tej jednostki.

Jednostki gospodarcze pozostające w jakimkolwiek ze stosunków, o których mowa w pkt a)-d), za pośrednictwem jednej innej jednostki gospodarczej lub kilku innych jednostek gospodarczych również są uznawane za jedno przedsiębiorstwo