Załącznik 1 do Zasad…

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 2011r. Nr 127, poz. 721, ze zm.).** |
| **Składający**[[1]](#footnote-1)**:** | ❑ **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]](#footnote-2)** | **15. Faks2** | **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. Telefon2** | **23. Faks2** | **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 nie ujęte powyżej)**  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |
|  | **Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych** **Kapitał własny**  | Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy | **Ostatni rok obrotowy**  | **Bieżący rok** |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Zewnętrzne źródła finansowania w tym kredyty** |  |  |  |  |
|  | **Zobowiązania wobec dostawców** |  |  |  |  |
|  | **Inne zobowiązania** |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |
|

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

 |

|  |
| --- |
| **D. Analiza finansowa składającego (2)** |
|  | 1. **Zobowiązania budżetowe**
 | 1. **Inne zobowiązania**
 | 1. **Kwota kredytów bankowych**
 | 1. **Nazwa banku**
 |  |
|  |

|  |
| --- |
| **E. Dane dotyczące stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**  |
|  | **E1. Charakterystyka stanowiska pracy[[5]](#footnote-5)** |  |
|  | 1. **Nazwa stanowiska pracy**
 | 1. **Lokalizacja stanowiska pracy**
 |  |
|  | 1. **Opis operacji i czynności wykonywanych na wyposażonym stanowisku pracy**
 | 1. **Wymagane kwalifikacje i umiejętności pracownika niepełnosprawnego**
 | 1. **Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych**
 | 1. **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** | 1.
 | 1.
 | 1.
 | 1.
 |  | 1.
 | 1.
 |  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  | **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 lata[[10]](#footnote-10) obrotowe — w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach — roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata11, 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, 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** |  |
|

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

 |

 **Załącznik 2**

**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.**

**Załącznik 3**

**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 | □⁪ tak | □⁪ 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 | ⁪□ może obniżyć kwotę podatku | ⁪□ nie może obniżyć |
| Podstawa prawna |  |

6. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do obowiązkowych wpłat na rzecz PFRON | ⁪ □ tak | ⁪ □ 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 | ⁪ 1. tak\* | ⁪ 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 urlopach wychowawczych , zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego (uczniów), a także umów cywilnoprawnych.**

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

**Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe.**

 ……………………………………….

 czytelny podpis wnioskodawcy

Oświadczenie do wniosku z dnia ................................. roku

o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

# OŚWIADCZENIE WSPÓŁMAŁŻONKA

Ja niżej podpisany(a).....................................................................................................................

PESEL................................................. oświadczam, że wyrażam zgodę na zawarcie umowy o zwrot ze środków PFRON kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, przez moją żonę/mojego męża\*

 ……………………………………………………………………………………..

 *(imię i nazwisko współmałżonka/ki)*

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

##  (podpis składającego(ej) oświadczenie)

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią klauzuli informacyjnej na temat przetwarzania danych osobowych.

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

##  (podpis składającego(ej) oświadczenie)

**Klauzula informacyjna**

*Zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Urząd informuje, że:*

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Tomaszowie Mazowieckim, ul. Św. Antoniego 41, 97-200 Tomaszów Mazowieckim, tel. 44 724-68-64
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – e-mail: iod@puptomaszow.pl
3. Dane osobowe Pani/Pana przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, lit b, lit. c i lit. e oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO w celu realizacji zadania publicznego ujętego w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2020 r. poz.1409 ze zm.) i aktach wykonawczych wydanych na jej podstawie, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt. 3 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
5. organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
6. inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Dyrektorem Powiatowego Urzędu Pracy w Tomaszowie Mazowieckim przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest Powiatowy Urząd Pracy w Tomaszowie Mazowieckim.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawienia
i sprostowania oraz w zakresie wynikającym z przepisów do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. W przypadku, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
10. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Potwierdzam zapoznanie się z niniejszą klauzulą

 …………………………………………………..

 ……………………….., dnia.....................................

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

 Pieczątka Wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA O POMOCY**

Oświadczam, ze:

…………………………………………………………………………………………. Pełna nazwy Wnioskodawcy

1. prowadzę/nie prowadzę\* działalność gospodarcza, w tym działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postepowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej;
2. otrzymałem/nie otrzymałem\* decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym, uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem;
3. zapoznałem się i 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 (Dz. Urz. UE L 352/9 z dnia 24.12.2013 r. lub
* Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352/9 z dnia 24.12.2013 r. lub
* Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190/45 z dnia 28.06.2014 r.)
1. spełniam/nie spełniam\* warunków o dopuszczalności udzielania pomocy publicznej, o której mowa w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postepowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

 …………..…………………………………

 /podpis i pieczątka pracodawcy lub

 osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy

\*niepotrzebne skreślić

\*\* wypełnić w przypadku podlegania przepisom pomocy publicznej

 ……………………….., dnia.....................................

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

 Pieczątka 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 **nie otrzymałem/am/ otrzymałem/am** pomoc de minimis[[11]](#footnote-11) 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.

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

(pieczątka i podpis Wnioskodawcy

lub osoby upoważnionej

do reprezentowania Wnioskodawcy)

**Klauzula informacyjna**

*Zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Urząd informuje, że:*

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Tomaszowie Mazowieckim, ul. Św. Antoniego 41, 97-200 Tomaszów Mazowieckim, tel. 44 724-68-64
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – e-mail: iod@puptomaszow.pl
3. Dane osobowe Pani/Pana przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, lit b, lit. c i lit. e oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO w celu realizacji zadania publicznego ujętego w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2020 r. poz.1409 ze zm.) i aktach wykonawczych wydanych na jej podstawie, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt. 3 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
5. organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
6. inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Dyrektorem Powiatowego Urzędu Pracy w Tomaszowie Mazowieckim przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest Powiatowy Urząd Pracy w Tomaszowie Mazowieckim.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawienia
i sprostowania oraz w zakresie wynikającym z przepisów do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. W przypadku, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
10. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Potwierdzam zapoznanie się z niniejszą klauzulą

 …………………………………………………..

data, podpis, pieczątka

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 podlegających refundacji i wraz z kopią dowodu poniesienia tych kosztów 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 wykorzystywania 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)
11. 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:

 a) jedna jednostka gospodarcza posiada w drugiej jednostce gospodarczej większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków;

 b) jedna jednostka gospodarcza ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innej jednostki gospodarczej;

 c) 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;

 d) 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 [↑](#footnote-ref-11)