

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	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
2	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.
3	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.
4	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.
5	29.	30.	31.	32.	33.	34.	35.
6	36.	37.	38.	39.	40.	41.	42.

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
-------------------------------	-----------------------

_____-_____-____

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

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	☐ 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 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

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)

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

.....
(podpis składającego oświadczenie)

Pan/Pani legitymujący(a) się dowodem
osobistym nr, PESEL złożył(a)
własnoręczny podpis w mojej obecności.

Tomaszów Mazowiecki, dnia

.....
podpis pracownika PUP

Klauzula informacyjna dla klientów Powiatowego Urzędu Pracy w Tomaszowie Mazowieckim

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 Mazowiecki, 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, w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426 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:
 - a) 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;
 - b) 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.
5. 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.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawienia i sprostowania orazw 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.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
8. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

.....

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

.....
Pieczęćka Wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA O POMOCY

Oświadczam, ze:

.....
Pełna nazwy Wnioskodawcy

1. prowadzę/nie prowadzę* działalność gospodarczą, w tym działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu 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.)
4. spełniam/nie spełniam* warunków o dopuszczalności udzielania pomocy publicznej, o której mowa w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

.....
/podpis i pieczęćka pracodawcy lub
osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy

*niepotrzebne skreślić

** wypełnić w przypadku podlegania przepisom pomocy publicznej

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

.....
Pieczęć 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* 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.

.....
(pieczęć 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

Klauzula informacyjna dla klientów Powiatowego Urzędu Pracy w Tomaszowie Mazowieckim

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 Mazowiecki, 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, w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426 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:
 - c) 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;
 - d) 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.
5. 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.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawienia i sprostowania orazw 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.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
8. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

.....