



WNIOSKODAWCA

.....
MIEJSCOWOŚĆ , DATA

.....
(PIECZĘĆ FIRMOWA)

.....
NR REJ. WNIOSKU

**POWIATOWY URZĄD PRACY
W SOSNOWCU**

ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU Wn-W
– O PRYZNANIE REFUNDACJI KOSZTÓW WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

I . DODATKOWE INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

1. PEŁNA NAZWA WNIOSKODAWCY

2. SIEDZIBA WNIOSKODAWCY

TELEFON FAX

E-MAIL

3. REGON ORAZ PODKLASA RODZAJU PKD

4. NIP

5. DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

6. FORMA PRAWNA PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI

(WPISZ ODPOWIEDNIO: OSOBA FIZYCZNA SAMODZIELNIE PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ, SPÓŁKA: CYWILNA, JAWNA, KOMANDYTOWA, KOMANDYTOWO – AKCYJNA, AKCYJNA, Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ)

7. IMIONA I NAZWISKA ORAZ STANOWISKA SŁUŻBOWE OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO REPREZENTOWANIA I POPISYWANIA UMOWY:

8. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTU Z PUP SOSNOWIEC:

IMIĘ I NAZWISKO:

STANOWISKO:

TELEFON KONTAKTOWY

E-MAIL

9. ZATRUDNIENIE W OKRESIE OSTATNICH 12 MIESIĘCY PRZED DNIEM ZŁOŻENIA WNIOSKU:

	MIESIĄC I ROK	LICZBA OSÓB		LICZBA OSÓB W PRZELICZENIU NA PEŁNY WYMIAR CZASU PRACY		LICZBA OSÓB Z KTÓRYMI ROZWIĄZANO LUB USTAŁ STOSUNEK PRACY LUB ZMNIĘSZONO WYMIAR CZASU PRACY – <u>PRZYCZYNA</u>
		OGÓŁEM	W TYM NIEPEŁNO- SPRAWNYCH	OGÓŁEM	W TYM NIEPEŁNO- SPRAWNYCH	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

STAN ZATRUDNIENIA **W DNIU ZŁOŻENIA WNIOSKU:**

LICZBA OSÓB OGÓŁEM:, W TYM NIEPEŁNOSPRAWNYCH

LICZBA ETATÓW OGÓŁEM:, W TYM NIEPEŁNOSPRAWNYCH

11. PROPONOWANA FORMA ZABEZPIECZENIA ZWROTU REFUNDACJI:

.....

(WPISZ ODPOWIEDNIO: WEKSEL Z PORĘCZENIEM WEKSLOWYM (AVAL), PORĘCZENIE, GWARANCJA BANKOWA, BLOKADA ŚRODKÓW NA RACHUNKU BANKOWYM, AKT NOTARIALNY O PODDANIU SIĘ EGZEKUCJI PRZEZ DŁUŻNIKA, ZASTAW NA PRAWACH LUB RZECZACH)

.....
 (DATA)

.....
 (PIECZĄTKA I PODPIS WNIOSKODAWCY LUB OSÓB
 UPRAWNIONYCH DO JEGO REPREZENTOWANIA)

II . OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

1. Jestem
 Nie jestem*
płatnikiem podatku od towarów i usług – VAT oraz zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Urzędu o wszelkich zwrotach z tytułu odliczonego podatku akcyzowego oraz innych zwrotów związanych z wydatkami objętymi refundacją kosztów wyposażenia stanowiska pracy.
2. Prowadzę działalność w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej przez okres co najmniej 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o przyznanie refundacji .
3. Zobowiązuję się do zatrudnienia osoby niepełnosprawnej przez okres co najmniej 36 miesięcy.
4. Nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
5. Nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
6. Nie posiadam zaległości w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych oraz zobowiązań cywilnoprawnych.
7. Nie toczy się w stosunku do reprezentowanej przeze mnie firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
8. Nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu pomocy wynikającej z wcześniejszych decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem.
9. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy o refundację otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis,
10. Spełniam warunki określone 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* albo 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.
11. Zapoznałem/a się z treścią ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych oraz z aktami wykonawczymi do wymienionej ustawy.
12. Zapoznałem/am się z treścią i spełniam warunki określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażania stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej.
13. Zapoznałem/am się z Regulaminem Powiatowego Urzędu Pracy w Sosnowcu w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.

Niniejsze oświadczenie składam pod rygorem odpowiedzialności za szkodę spowodowaną fałszywym oświadczeniem.

.....
(DATA)

.....
(PIECZĄTKA I PODPIS WNIOSKODAWCY LUB OSÓB
UPRAWNIONYCH DO JEGO REPREZENTOWANIA)

*zaznaczyć właściwie

Oświadczam, że:

1. Nie byłem(am) karany(a) za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary, w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

(DATA)

(PIECZĄTKA I PODPIS WNIOSKODAWCY LUB OSÓB
UPRAWNIONYCH DO JEGO REPREZENTOWANIA)

III. DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM:

1. OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS OTRZYMANEJ W OKRESIE 3 LAT POPRZEDZAJĄCYCH
DZIEŃ ZŁOŻENIA WNIOSKU. ZAŁĄCZNIK NR 1
2. FORMULARZ INFORMACJI PRZEDSTAWIANYCH PRZY UBIEGANIU SIĘ O POMOC DE MINIMIS. ZAŁĄCZNIK NR 2
3. ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY. ZAŁĄCZNIK NR 3
4. INNE DOKUMENTY:
 - a) DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE FORMĘ PRAWNĄ FIRMY:
 - W PRZYPADKU SPÓŁEK CYWILNYCH - UMOWĘ SPÓŁKI,
 - W PRZYPADKU PRZEDSZKOLI, SZKÓŁ, ŻŁOBKÓW CZY KLUBÓW DZIECIĘCYCH – ZAŚWIADCZENIE O WPISIE DO EWIDENCJI SZKÓŁ I PLACÓWEK NIEPUBLICZNYCH CZY EWIDENCJI ŻŁOBKÓW LUB KLUBÓW DZIECIĘCYCH,
 - b) PEŁNOMOCNICTWO DO PODEJMOWANIA ZOBOWIĄZAŃ W IMIENIU WNIOSKODAWCY, JEŻELI ZOSTAŁO UDZIELONE, A NIE WYNIKA Z INNYCH DOKUMENTÓW ZAŁĄCZONYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ.
 - c) BILANS ORAZ RACHUNEK ZYSKÓW I STRAT ZA 2 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,
 - d) AKTUALNE ZAŚWIADCZENIE Z BANKU O POSIADANYCH ŚRODKACH FINANSOWYCH, OBROTACH NA RACHUNKU ZA OSTATNI ROK, EWENTUALNYM ZADŁUŻENIU I PRAWNEJ FORMIE ZABEZPIECZENIA ORAZ LOKATACH TERMINOWYCH,
 - e) OFERTY CENOWE NA WYPOSAŻENIE STANOWIĄCE PRZEDMIOT REFUNDACJI.

(DATA)

(PIECZĄTKA I PODPIS WNIOSKODAWCY LUB OSÓB
UPRAWNIONYCH DO JEGO REPREZENTOWANIA)

UWAGA: WSZELKIE ZAŁĄCZONE DO WNIOSKU KSEROKOPIE DOKUMENTÓW WINNY BYĆ POTWIERDZONE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM PRZEZ WNIOSKODAWCĘ LUB OSOBĘ UPRAWNIONĄ DO JEGO REPREZENTOWANIA.

IV. INFORMACJA DOTYCZĄCA DANYCH OSOBOWYCH

1. Administratorem Danych Osobowych Pana/Pani jest Powiatowy Urząd Pracy w Sosnowcu przy ul. Rzeźniczej 12, dalej jako „ADO”.
Administrującym danymi osobowymi w imieniu PUP w Sosnowcu jest Dyrektor PUP w Sosnowcu tel. kontaktowy 32 2978714, e- mail kaso@praca.gov.pl
2. Dane kontaktowe - Inspektora Ochrony Danych (IOD) w PUP Sosnowiec, Elżbieta Koral tel. kontaktowy 32 2978703, e-mail iod@pup.sosnowiec.pl
3. Dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji zadania określonego w art. 26e ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, b, c RODO.
4. Podane dane mogą być udostępniane:
 - a) Pełnomocnikowi Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych lub Prezesowi Zarządu PFRON w celu przeprowadzenia kontroli prawidłowości realizacji zadania przyznawania refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej,
 - b) Komisji Europejskiej w celu przeprowadzenia kontroli na podstawie rozporządzenia Rady (UE) 2015/1589 z dnia 13 lipca 2015r. ustanawiającego szczegółowe zasady stosowania art. 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE L 248 z 29.09.2015r., str.9) oraz oceny zgodności udzielania pomocy z warunkami udzielania pomocy de minimis określonymi 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 z 352 z 24.12.2013r., str. 1), pomocy de minimis w sektorze rolnym określonymi w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r., str. 9) lub pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury określonymi w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014r. 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 z 28.06.2014r., str. 45),
 - c) organom państwowym, organom ochrony prawnej (Policja, Prokuratura, Sąd) lub organom samorządu terytorialnego w związku z prowadzonym postępowaniem na podstawie umotywowanego wniosku z poprawną podstawą prawną,
5. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
6. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania danych osobowych, nie dłużej niż wynika to z Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt PUP w Sosnowcu.
7. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - a) dostępu do danych osobowych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych,
 - b) wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie - jeśli do przetwarzania doszło na podstawie zgody.
 - Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
 - Wymienione prawa mogą być ograniczone w sytuacjach, kiedy Urząd jest zobowiązany prawnie do przetwarzania danych w celu realizacji obowiązku ustawowego.
8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pana/Pani narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016 r. „RODO”.
9. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do rozpatrzenia wniosku o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, udzielenia refundacji na podstawie umowy, rozliczenia refundacji, wypłacenia refundacji, kontrolowania prawidłowości realizacji umowy oraz zabezpieczenia zwrotu refundacji, a także kontroli zgodności tych czynności z przepisami prawa.
10. Pana/Pani dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji przez ADO.

Powyższa informacja spełnia obowiązek prawny uregulowany zapisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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) (Dz. Urz. UE L 2016 Nr 119, s.1), zwanym „RODO”.

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS
OTRZYMANEJ W OKRESIE 3 LAT POPRZEDZAJĄCYCH DZIEŃ ZŁOŻENIA WNIOSKU**

W MYŚL ART. 37 UST.1 I 2 USTAWY Z DNIA 30 KWIETNIA 2004R. O POSTĘPOWANIU W SPRAWACH DOTYCZĄCYCH POMOCY PUBLICZNEJ

OŚWIADCZAM, IŻ W OKRESIE BIEŻĄCEGO ROKU PODATKOWEGO ORAZ DWÓCH POPRZEDZAJĄCYCH GO LATACH PODATKOWYCH

UZYSKAŁEM(-AM)

NIE UZYSKAŁEM(-AM) POMOCY DE MINIMIS

	ORGAN UDZIELAJĄCY POMOCY	PODSTAWA PRAWNA OTRZYMANEJ POMOCY	DZIEŃ UDZIELENIA POMOCY	FORMA POMOCY	WARTOŚĆ (WYSOKOŚĆ) POMOCY BRUTTO	
					W PLN	W EURO
1						
2						
3						
4						
5						
RAZEM						

NINIEJSZE OŚWIADCZENIE SKŁADAM POD RYGOREM ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA SZKODĘ SPOWODOWANĄ FAŁSZYWYM OŚWIADCZENIEM.

.....
(DATA)

.....
(PIECZĄTKA I PODPIS WNIOSKODAWCY LUB OSÓB
UPRAWNIONYCH DO JEGO REPREZENTOWANIA)

* ZAZNACZ WŁAŚCIWE