

**WNIOSKODAWCA**

MIEJSCOWOŚĆ , DATA

(PIECZĘĆ FIRMOWA) NR REJ. WNIOSKU

**POWIATOWY URZĄD PRACY**

**W SOSNOWCU**

**ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU Wn-W   
O PRZYZNANIE REFUNDACJI KOSZTÓW WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**I . DODATKOWE INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**

1. PEŁNA NAZWA WNIOSKODAWCY:

1. ADRES SIEDZIBY / MIEJSCE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI

1. ADRES KORESPONDENCYJNY

1. TELEFON E-MAIL
2. NIP REGON
3. DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI PKD
4. DANE OSOBY **UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTU** Z PUP SOSNOWIEC
5. IMIĘ I NAZWISKO
6. STANOWISKO
7. TELEFON KONTAKTOWY
8. E-MAIL:
9. IMIONA I NAZWISKA ORAZ STANOWISKA SŁUŻBOWE OSÓB **UPOWAŻNIONYCH DO REPREZENTOWANIA I PODPISANIA UMOWY**: (WYMAGANE PEŁNOMOCNICTWO JEŚLI NIE WYNIKA Z INNYCH ZAŁĄCZONYCH DOKUMENTÓW)

IMIĘ I NAZWISKO

STANOWISKO

IMIĘ I NAZWISKO

STANOWISKO

1. FORMA PRAWNA PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI

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

1. NAZWA BANKU ORAZ NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. DOTYCZY OSÓB FIZYCZNYCH PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ, W TYM SPÓŁEK CYWILNYCH:

PESEL:

ADRES ZAMIESZKANIA:

1. PROPONOWANA FORMA ZABEZPIECZENIA ZWROTU REFUNDACJI:

WEKSEL Z PORĘCZENIEM WEKSLOWYM (AVAL) PRZEZ OSOBĘ FIZYCZNĄ

PORĘCZENIE PRZEZ OSOBĘ FIZYCZNĄ

GWARANCJA BANKOWA

BLOKADA ŚRODKÓW NA RACHUNKU BANKOWYM

AKT NOTARIALNY O PODDANIU SIĘ EGZEKUCJI PRZEZ DŁUŻNIKA

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | MIESIĄC  I ROK | LICZBA OSÓB | | LICZBA OSÓB W PRZELICZENIU  **NA PEŁNY WYMIAR**  CZASU PRACY | | LICZBA OSÓB Z KTÓRYMI ROZWIĄZANO LUB USTAŁ STOSUNEK PRACY LUB ZMNIEJSZONO WYMIAR CZASU PRACY – PRZYCZYNA |
| 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

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

**II. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Oświadczam, że:

1. Jestem

Nie jestem[[1]](#footnote-1)

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.

1. Prowadzę działalność w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej przez okres co najmniej 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o przyznanie refundacji.
2. Zobowiązuję się do zatrudnienia osoby niepełnosprawnej przez okres co najmniej 36 miesięcy.
3. Nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
5. Nie posiadam zaległości w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych oraz zobowiązań cywilnoprawnych.
6. Nie toczy się w stosunku do reprezentowanej przeze mnie firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
7. Nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu pomocy wynikającej z wcześniejszych decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem.
8. 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,
9. 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.
10. 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.
11. Zapoznałem/am się z treścią i spełniam warunki określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia   
    11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażania stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej.
12. 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)

**Oświadczam, że:**

Nie byłem(am) karany(a) za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. 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. INFORMACJA DOTYCZĄCA DANYCH OSOBOWYCH**

1. Administratorem Danych Osobowych Pani/Pana jest Powiatowy Urząd Pracy w Sosnowcu, ul. Rzeźnicza 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](mailto:kaso@praca.gov.pl).
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych (IOD) w PUP Sosnowiec, tel. 32 2978702, e-mail [iod@pup.sosnowiec.pl](mailto:iod@pup.sosnowiec.pl).
3. Dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji zadania określonego w art. 26e ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, b, c RODO.
4. Dane osobowe mogą być przekazywane:
5. 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,
6. Komisji Europejskiej,
7. 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 lub które zawarły z administratorem danych umowy: powierzenia z dostawcami oprogramowania, systemów informatycznych, wsparcia technicznego.
8. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
9. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania danych osobowych, nie dłużej niż wynika to z Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt Powiatowego Urzędu Pracy w Sosnowcu.
10. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do:
11. dostępu do danych osobowych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
12. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych,
13. 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.

1. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016 r. – RODO.
2. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do rozpatrzenia wniosku o refundacje 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.
3. 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”.

**IV. DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM:**

1. OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS OTRZYMANEJ W OKRESIE 3 LAT POPRZEDZAJĄCYCH **ZAŁĄCZNIK NR 1**  
   DZIEŃ ZŁOŻENIA WNIOSKU.
2. FORMULARZ INFORMACJI PRZEDSTAWIANYCH PRZY UBIEGANIU SIĘ O POMOC DE MINIMIS. **ZAŁĄCZNIK NR 2**
3. ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY. **ZAŁĄCZNIK NR 3**

1. INNE DOKUMENTY:
2. 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,

1. PEŁNOMOCNICTWO DO PODEJMOWANIA ZOBOWIĄZAŃ W IMIENIU WNIOSKODAWCY, JEŻELI ZOSTAŁO UDZIELONE, A NIE WYNIKA   
   Z INNYCH DOKUMENTÓW ZAŁĄCZONYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ.
2. 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,
3. AKTUALNE ZAŚWIADCZENIE Z BANKU O POSIADANYCH ŚRODKACH FINANSOWYCH, OBROTACH NA RACHUNKU ZA OSTATNI ROK, EWENTUALNYM ZADŁUŻENIU I PRAWNEJ FORMIE ZABEZPIECZENIA ORAZ LOKATACH TERMINOWYCH,
4. 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.**

1. zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-1)