Załącznik nr 1 do wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (Wn-W część I)

Informacje dodatkowe do wniosku o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:

1. Nazwa podmiotu lub imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej .....

…….....

Adres siedziby .....

Telefon .....

Adres e–mail .....

Miejsce prowadzenia działalności .....

.....

2. NIP ....., REGON....., PKD .....

3. Nazwa banku i numer konta .....

.....

4. Formy organizacyjno-prawna .....

5. Rodzaj prowadzonej działalności .....

.....data rozpoczęcia .....

6. Sposób reprezentacji[1]: .....

.....

7. Imię(ona) i nazwisko(ka) oraz zajmowane stanowisko służbowe osoby (osób) upoważnionych do podpisania umowy cywilnoprawnej (zgodnie z dokumentami poświadczającymi formę prawną istnienia firmy lub pełnomocnictwem do reprezentowania wnioskodawcy):

1).……
(imię i nazwisko, zajmowane stanowisko)

2) ……...
(imię i nazwisko, zajmowane stanowisko)

8. Forma opodatkowania (%) ……
*(*ryczałt, karta podatkowa(%), księga przychodów i rozchodów (%),itd.)

9. Czy wnioskodawca jest płatnikiem podatku VAT:*

☐ TAK ☐ NIE

[1]Jednoosobowa, czy wieloosobowa (właściciel, współwłaściciele, wspólnicy, członkowie zarządu, pełnomocnicy, prokurenci)

10. Wielkość podmiotu ubiegającego się o pomoc:*

☐ Mikro ☐ Mały ☐ Średni ☐ Inny

11. Liczba pracowników zatrudnionych w dniu składania wniosku .....

12. Deklarowany okres dalszego zatrudnienia po zakończeniu obowiązkowego zatrudnienia wynikającego z zapisów ustawy (minimum 1 miesiąc) ……

13. Stan cywilny wnioskodawcy: ……

14. Pozostaję / nie pozostaję* w ustroju małżeńskiej wspólności majątkowej.

Oświadczam, iż podane powyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

…….....
(pieczęć i podpis wnioskodawcy)

*właściwe zakreślić

II. DANE DOTYCZĄCE NOWO TWORZONYCH STANOWISK.

1. Lokalizacja

……..……..……..….

……..…….

……..…….

2. Dojazd (komunikacja)

……..……..……..….

……..…….

……..……

3. Charakterystyka zaplecza socjalno – sanitarnego:

……..……..……..….

……..…….

……..…….

III. INFORMACJE DODATKOWE

1. Czy wnioskodawca w okresie ostatnich 3 lat korzystał z aktywnych form przeciwdziałania bezrobociu oferowanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Krotoszynie?

TAK* NIE

2. W przypadku jeśli wnioskodawca korzystał z aktywnych form przeciwdziałania bezrobociu, zawierał umowę(y) cywilnoprawne z PUP w Krotoszynie – wywiązywał się z wszystkich warunków określonych w umowie(ach)

TAK* NIE

3. Uzasadnienie negatywnej odpowiedzi**:

……..……..……..

……..……

……..……..……

……..……

Oświadczam, iż podane powyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

…… ……. ……..……

(miejscowość, data) (podpis i pieczątka wnioskodawcy)

*proszę zaznaczyć właściwe
**proszę uzasadnić negatywną odpowiedź