Załącznik nr 2 do wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (Wn-W część I)

…….
(miejscowość, data)

…….
(pieczęć wnioskodawcy)

Oświadczenie wnioskodawcy ubiegającego się o refundację

Oświadczam, że:

1) **posiadam / nie posiadam** status przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 06 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorcy (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 646);
2) **prowadzę / nie prowadzę* działalność gospodarczą,** w rozumieniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej);
3) **posiadam / nie posiadam*** zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
4) **zmniejszyłem(am) / nie zmniejszyłem(am)*** w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia niniejszego wniosku wymiaru czasu pracy pracownika;
5) **rozwiązałem(am) / nie rozwiązałem(am)*** w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia niniejszego wniosku stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot lub na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracownika;
6) **nie zmniejszę** czasu pracy pracowników i nie rozwiążę stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanym przez mnie bądź na mocy porozumienia stron **w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy o refundację**;
7) **zalegam / nie zalegam** * w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
8) **zalegam / nie zalegam *** w dniu złożenia niniejszego wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
9) **posiadam / nie posiadam*** w dniu złożenia niniejszego wniosku nieuregulowanych zobowiązań cywilnoprawnych;
10) **byłem(am) karany(a) / nie byłem(am) karany(a)*** w okresie 2 lat przed dniem złożenia niniejszego wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2204 ze zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 703);
11) w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku **zostałem ukarany / nie zostałem ukarany*** lub zostałem **skazany / nie zostałem skazany*** prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy oraz jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy**;**
12) **widnieję / nie widnieję*** w Krajowym Rejestrze Karnym z tytułu skazania za inne przestępstwa;

13) **otrzymałem / nie otrzymałem*** w okresie ostatnich 12 miesięcy jednorazowo środki na podjęcie działalności gospodarczej;
14) **jestem / nie jestem*** w stanie upadłości lub likwidacji;
15) skierowane osoby niepełnosprawne otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujące pracownikom zatrudnionym na czas nieokreślony;
16) **przyjmuję do wiadomości, iż Powiatowy Urząd Pracy w Krotoszynie** nie może zawrzeć umowy dot. refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla skierowanej osoby niepełnosprawnej, z wnioskodawcą, u którego w ostatnich 6 miesiącach przed złożeniem wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji nastąpiło zmniejszenie zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy;
17) **zobowiązuję się do:**
    a) zatrudnienia na wyposażonym stanowisku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanej osoby niepełnosprawnej przez okres co najmniej 36 m-cy,
    b) utrzymania przez okres co najmniej 36 m-cy stanowisk wyposażonych, w związku z przyznaną refundacją,
    c) złożenia stosownego rozliczenia z wydatkowania otrzymanej refundacji,
    d) zwrotu refundacji w przypadkach przewidzianych w umowie.
18) **zobowiązuję się** zawiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Krotoszynie o zmianie warunków umowy o pracę w zakresie wymiaru czasu pracy, wysokości wynagrodzenia, dokonanych w ramach stosunku pracy ze skierowaną osobą niepełnosprawną;
19) **zapoznałem(am) się** z Procedurą określającą zasady zwrotu z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.

Oświadczam, że informacje podane w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

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

* niepotrzebne skreślić