



Załącznik nr 1 do wniosku Wn-W

o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej

I. Dane dotyczące pracodawcy

1. Nazwa i adres siedziby pracodawcy
2. Miejsce prowadzenia działalności
3. Data rozpoczęcia działalności
4. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności:
5. Forma i stawka opodatkowania
6. Rodzaj prowadzonej działalności:
7. PESEL (*wpis obowiązkowy!!!*)
8. REGON:
9. Rodzaj prowadzonej działalności:.....
.....
10. Osoby upoważnione do reprezentacji zakładu pracy (imię i nazwisko, seria i numer dowodu osobistego)
11. Osoba do kontaktu (imię, nazwisko, stanowisko służbowe, tel.).....
.....

II. Informacje o stanie zatrudnienia

1. Stan zatrudnienia w dniu składania wniosku przedstawia się następująco:

zatrudnienie		pozostali			
liczba osób zatrudnionych na umowę o pracę w przeliczeniu na pełen etat (nie wliczając właściciela)	w tym: liczba osób przebywających na urlopie macierzyńskim	liczba osób przebywających na urlopie wychowawczym	liczba zatrudnionych na umowę zlecenie oraz o dzieło	uczniowie	staż/ przygotowanie zawodowe dorosłych

Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy pracowników w dniu złożenia wniosku (nie wliczając osób zatrudnionych w rubryce „pozostali”) wynosi

2. Oświadczam, że podany stan zatrudnienia we wniosku o liczbie pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy jest zgodny z danymi przekazywanymi do ZUS

.....
data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

III. Dane dotyczące stanowiska pracy dla skierowanych osób niepełnosprawnych bezrobotnych albo poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu:

1. Wnioskowana liczba wyposażonych stanowisk pracy:
2. Rodzaj wykonywanej pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanego bezrobotnego albo poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu:
- a) nazwa stanowiska wraz z kodem zawodu, zgodnie ze strukturą klasyfikacji zawodów i specjalności (Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakres jej stosowania (Dz. U. z 2021 r. poz. 2285 ze zm.)
-
-
- b) zakres wykonywanych czynności:
-
-
-
3. Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinna posiadać skierowana osoba niepełnosprawna bezrobotna albo poszukująca pracy nie będąca w zatrudnieniu:
-
4. Miejsce zatrudnienia skierowanej osoby niepełnosprawnej bezrobotnej albo poszukującej pracy niebędącej w zatrudnieniu:
-
5. Proponowane wynagrodzenie brutto:

W przypadku powstania oszczędności przy wydatkowaniu środków zgodnie z w/w specyfikacją przeznaczą je na zakup:

.....

W przypadku zakupu sprzętu używanego uzasadnić dlaczego:

.....

IV. Forma zabezpieczenia zwrotu refundacji

(w przypadku naruszenia przez pracodawcę jakiegokolwiek z warunków umowy następuje zwrot refundacji wraz z odsetkami):

a) poręczenie osoby fizycznej wg prawa cywilnego (zgodnie z regulaminem - na każde 30.000,00 zł przyznanych środków):

Lp.	Wyszczególnienie	Poręczyciel 1	Poręczyciel 2
1.	Nazwisko Imię
2.	Adres: a. zameldowania b. korespondencyjny	a. b.	a. b.
3.	Telefon/y		
4.	Seria i numer dowodu osobistego
5.	PESEL		
6.	Stan cywilny		
7.	Obywatelstwo		
8.	Dochody netto (suma miesięcznie)		

9.	Miejsce zatrudnienia (własna działalność) (nazwa i adres)		
10.	Umowa o pracę zawarta na czas		

Zaświadczenia o zarobkach poręczycieli potwierdzone pieczęciami firmy najpóźniej do dnia podpisania umowy z Urzędem Pracy

b) inna forma zabezpieczenia (wpisać jaka)*

* Formami zabezpieczenia zwrotu przez podmiot refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla ON może być: poręczenie, weksel z poręczeniem wekslowym (awal), gwarancja bankowa, zastaw na prawach i rzeczach, blokada rachunku bankowego lub aktu notarialnego o poddaniu się do egzekucji przez dłużnika.

Oświadczenia pracodawcy

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna zatrudniona po podpisaniu umowy na refundowane stanowisko pracy nie była zatrudniona przez ostatnie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku przez moją firmę.

.....
 data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

2. Spełniam warunki określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej (Dz. U. Nr 62, poz. 317 ze zm.).

.....
 data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

3. Spełniam warunki, o których mowa 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 z 24.12.2013 r., str 1), ponieważ w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go latach kalendarzowych nie korzystałem ze środków pomocy przyznawanej podmiotom gospodarczym przekraczających kwotę **200 tys. EUR**.

.....
data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

(dotyczy **producentów rolnych!!**)

4. Spełniam warunki, o których mowa w 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 (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r., str 9), ponieważ w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go latach kalendarzowych nie korzystałem ze środków pomocy przekraczającej kwotę **20 tys. EUR**.

.....
data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

(dotyczy **podmiotów prowadzących działalność gospodarczą!!**)

5. Prowadzę działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, przez okres co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej).

.....
data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

6. W momencie złożenia wniosku posiadam status pracodawcy – czyli jestem podmiotem, który powierza pracę innej osobie fizycznej (zatrudnia ją) w ramach stosunku pracy.

.....
data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

7. 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 ze starostą otrzymam pomoc publiczną.

.....
data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

8. Nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych.

.....
data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

9. Nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.

.....
data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

10. Zapoznałem się z „Regulaminem zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej” obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy w Starogardzie Gdańskim i nie wnoszę żadnych uwag.

.....
data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

11. Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych stanowiącą załącznik nr 2 i jestem świadom, że moje dane będą przetwarzane przez Powiatowy Urząd Pracy w związku z rozpatrzeniem złożonego wniosku i realizacją zawartej umowy.

.....
data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

12. Przekazałem osobom, których dane osobowe zostały zamieszczone we wniosku Wn-W oraz załączniku nr 1, klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych stanowiącą część załącznika nr 1 o zwrot kosztów wyposażenia stanowiska

pracy osoby niepełnosprawnej i osoby te są świadome, że ich dane będą przetwarzane przez Powiatowy Urząd Pracy w związku z rozpatrzeniem złożonego wniosku i realizacją zawartej umowy.

.....
data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

13. Oświadczam, że nie figuruje na liście podmiotów objętych sankcjami w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.

.....
data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

Oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który stanowi „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”. W pozostałym zakresie jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń oraz nierzetelnych pisemnych oświadczeń i dokumentów (art. 233 § 1 i 6, art. 286 § 1 i art. 297 § Kodeksu karnego).

.....
data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

Podstawa prawna:

- ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44 ze zm.)
- rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (Dz. U. Nr 62, poz. 317 ze zm.)
- rozporządzeniem 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 z 24.12.2013 r., str.1).
- rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z dnia 24.12.2013 r. str. 9),

- rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2010 r. Nr 53, poz. 311 ze zm.);
- ustawą o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej z dnia 30 kwietnia 2004 r. (Dz. U. z 2021 r., poz. 743 ze zm.)

Jestem świadomy:

1. Obowiązku utrzymania przez okres 36 miesięcy miejsc pracy utworzonych w związku z przyznaną refundacją.
2. Jeżeli okres zatrudniania osoby niepełnosprawnej będzie krótszy niż 36 miesięcy, pracodawca jest obowiązany zwrócić Funduszowi za pośrednictwem starosty środki w wysokości równej 1/36 ogólnej kwoty zwrotu za każdy miesiąc brakujący do upływu okresu 36 miesięcy zatrudnienia, jednak w wysokości nie mniejszej niż 1/6 tej kwoty. Pracodawca dokonuje zwrotu w terminie 3 miesięcy od dnia rozwiązania stosunku pracy z osobą niepełnosprawną. *Pracodawca nie zwraca środków, jeżeli zatrudni w terminie 3 miesięcy od dnia rozwiązania stosunku pracy z osobą niepełnosprawną inną osobę niepełnosprawną, zarejestrowaną w powiatowym urzędzie pracy jako bezrobotna lub poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu, przy czym wynikająca z tego powodu przerwa nie jest wliczana do okresu refundowanych 36 miesięcy.*
3. Zwrotu wypłaconej refundacji wraz z odsetkami naliczanymi jak dla zaległości podatkowych w ciągu 3 miesięcy od dnia otrzymania wezwania Urzędu, w przypadku naruszenia co najmniej jednego z warunków umowy.

.....
 data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

Wyrażam zgodę na udostępnienie danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Starogardzie Gdańskim w Systemie Obsługi Wsparcia finansowego (m.in. : imię i nazwisko, pesel, adres zamieszkania, email, nr telefonu) również dane zawarte we wniosku Wn-W o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej oraz w niniejszym załączniku nr 1, w celu wpisania powyższych danych do Systemu Obsługi Wsparcia finansowego (PFRON).

.....
 data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

Oświadczenia wnioskodawcy o otrzymaniu pomocy de minimis albo o nieotrzymaniu takiej pomocy

Oświadczam, że (pełna nazwa wnioskodawcy)

.....
otrzymałem pomoc de minimis / nie otrzymałem pomocy de minimis (niepotrzebne skreślić) w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych

W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie o otrzymanej pomocy:

Lp.	Organ udzielający pomocy publicznej	Podstawa prawna otrzymanej pomocy	Dzień udzielenia pomocy	Forma pomocy	Przeznaczenie pomocy	Wartość pomocy w euro
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
RAZEM:						

.....
data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

(!!!) W przypadku wniosku składanego przez spółkę cywilną, w celu ustalenia wartości pomocy de minimis udzielonej tej spółce w okresie 3 ostatnich lat, do wartości pomocy udzielonej spółce dolicza się wszelką pomoc udzieloną bezpośrednio wspólnikom tej spółki. Tym samym powyższą tabelę wypełnia spółka cywilna oraz indywidualnie każdy wspólnik tej spółki.

KLAUZULA INFORMACYJNA

wynikająca z art. 13 rozporządzenia RODO

Zgodnie z art. 13 ogólnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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) – zwanego w dalszej części RODO – informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Starogardzie Gdańskim, ul. Kanałowa 3, 83-200 Starogard Gdański;
2. Przedstawicielem Administratora jest Inspektor Ochrony Danych (IOD)
 - telefon 585623539,
 - adres e-mail: iod@pupstarogard.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) i e) RODO w związku z realizacją zadań wynikających z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2023 r. poz. 735 ze zm.), a także ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2024 r. poz. 44 ze zm.);
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będzie Administrator, podmioty, którym ich przetwarzanie zostanie powierzone na podstawie odrębnych umów oraz podmioty, którym Administrator zobowiązany jest je udostępnić na podstawie przepisów odrębnych;
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres prowadzonego postępowania oraz przez okres przechowywania dokumentów określony w przepisach odrębnych;
6. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Panią/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w szczególności w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także ustawie z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 775 ze zm.);
7. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane w szczególności:
 - Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych,
 - Krajowej Administracji Skarbowej,
 - organom administracji publicznej,
 - sądom, organom egzekucyjnym,
 - organom postępowania przygotowawczego,
 - podmiotom uczestniczącym w postępowaniu skarbowym lub administracyjnym,
 - podmiotowi świadczącemu usługi informatyczne,
 - kancelarii prawnej obsługującej Administratora,
 - ubezpieczycielowi;
8. Administrator zapewnia Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych osobowych;
9. Ponadto ma Pani/Pan prawo żądać sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Może Pani/Pan także skorzystać z uprawnienia do złożenia wobec Administratora sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz z prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych;

10. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych jeżeli uzna Pan/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO;
11. Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych poza teren Unii Europejskiej.

Załączniki wymagane do wniosku

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie	(wypełnia PUP)	
1.	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.				
2.	Z Urzędu Skarbowego - decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków.				
3.	Bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie 2 lata* obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenie podatkowe za ostatnie 2 lata* wraz z dowodem przyjęcia przez Urząd Skarbowy lub poświadczone przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu. <i>w przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy.</i>				
4.	Dokument określający tytuł prawny do nieruchomości/lokalu, w którym mają zostać wyposażone stanowiska pracy.				
5.	Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. (Dz. U. z 2010 r. Nr 53, poz. 311, ze zm.). – po zmianie w 2014 r. Dz. U. poz. 1543 – druk można pobrać ze strony internetowej Urzędu. Nie wypełnia się informacji dot. działu B !!!				
6.	(dotyczy producentów rolnych!!) Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. (Dz. U. z 2010 r. Nr 121, poz. 810).				

7.	Dokumenty potwierdzające stan zatrudnienia za ostatni miesiąc poprzedzający złożenie wniosku.				
8.	Potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia umowy spółki cywilnej, w przypadku pracodawców działających w formie spółki cywilnej.				
9.	Pełnomocnictwo osób działających w imieniu wnioskodawcy, jeżeli nie wynika to bezpośrednio z dokumentów (np. KRS).				
10.	Zgłoszenie krajowej oferty pracy (<i>dostępnej na stronie www.starogardgdanski.praca.gov.pl</i>)				
11.	Oferty na wyposażenie stanowiska dotyczące asortymentu i ceny.				
12.	Przy podpisaniu umowy – aktualny oryginał zaświadczenia z Urzędu Skarbowego o nie zaleganiu w opłaceniu podatków i aktualny oryginał zaświadczenia z ZUS o opłaceniu składek na ubezpieczenia społeczne – dla PUP ważne 1 miesiąc.				