

.....  
(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 przedsiębiorców (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 646 ze zm.);
- 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 dokonane przez podmiot lub na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracownika;
- 6) **nie zmniejszyłem** czasu pracy pracowników i nie rozwiązałem stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonane 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 2018 r., poz. 1600 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 ze zm.);
- 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;
- 20) zapoznałem(łam) się** z klauzulą informacyjną.

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

.....  
(pieczęć i podpis wnioskodawcy)

\* niepotrzebne skreślić