Formularz PI.0132-23/2018

 *Obowiązuje od dnia 05.06.2018r.*

Miejscowość…………..., dnia……………………….

 **STAROSTA POWIATU MIELECKIEGO**

 **za pośrednictwem**

 **Dyrektora**

 **POWIATOWEGO URZĘDU PRACY**

 **w MIELCU**

|  |
| --- |
|  **Wniosek****o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia** **stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej** |

 **DANE WNIOSKODAWCY:**

1. **Nazwa zakładu pracy:** …………………………………………………...............……….…..

..............………………………………....................……………………………………………………….

.......................................................................................................................................................................

1. **Adres firmy**………………………………………..............……................................................

.......................................................................................................................................................................

Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawa prawna:** | **Art. 26e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.)** |
| **Składający**[[1]](#footnote-1)**:** | ❑ **A. Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.**❑ **B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.** |
| **Adresat:** | ❑ **A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.** ❑ **B. Prezes Zarządu Funduszu.** |

|  |
| --- |
| **A. Dane o wniosku** |
|  | **1. Wniosek**1 |  | **2. Numer akt** |  | **3. Data wpływu** |  |
|  | ❑ | **1. Zwykły**  | ❑ | **2. Korygujący** |  |  |  | **└──┴──┴──┴──┘-└──┴──┘-└──┴──┘** |
|  |

Część I

|  |
| --- |
| **B. Dane ewidencyjne składającego**  |
|  | **B1. Dane ewidencyjne i adres składającego** |  |
|  |
|  | **4. Imię (imiona) i nazwisko składającego** | **5. NIP** | **6. PKD** |  |
|  | **7. Województwo** | **8. Miejscowość** |  |
|  | **9. Kod pocztowy** | **10. Poczta** | **11. Ulica** | **12. Nr domu** | **13. Nr lokalu** |  |
|  | **14. Telefon[[2]](#footnote-2)** | **15. Faks2** | **16. E-mail** |  |
|  |
|  | **B2. Adres do korespondencji** *Wypełnia składający mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1* |  |
|  | **17. Kod pocztowy** | **18. Poczta** | **19. Ulica** | **20. Nr domu** | **21. Nr lokalu** |  |
|  | **22. Telefon2** | **23. Faks2** | **24. E-mail** |  |
|  |
|  | **B3. Dodatkowe informacje** |  |
|  | **25. Nazwa banku** | **26. Numer rachunku bankowego** |  |
|  | **27. Krótki opis dotychczasowej działalności** |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy[[3]](#footnote-3)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **28. Wnioskowana kwota ogółem** | **29. Forma zabezpieczenia** |  |  |  |

 |  |
|  |

|  |
| --- |
| **D. Analiza finansowa składającego (1)[[4]](#footnote-4)** |
|  | **Aktywa trwałe i obrotowe**  |  Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy | **Ostatni rok obrotowy** | **Bieżący rok** |  |
|  | **Grunty** |  |  |  |  |
|  | **Budynki** |  |  |  |  |
|  | **Pozostały rzeczowy majtek (trwały)** |  |  |  |  |
|  | **Zapasy** |  |  |  |  |
|  | **Środki na rachunku bankowym** |  |  |  |  |
|  | **Należności od odbiorców** |  |  |  |  |
|  | **Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej)**  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |
|  | **Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych** **Kapitał własny**  | Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy | **Ostatni rok obrotowy**  | **Bieżący rok** |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty** |  |  |  |  |
|  | **Zobowiązania wobec dostawców** |  |  |  |  |
|  | **Inne zobowiązania** |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Wn-W (I) | **1/2** |

 |

|  |
| --- |
| **D. Analiza finansowa składającego (2)** |
|  | 1. **Zobowiązania budżetowe**
 | 1. **Inne zobowiązania**
 | 1. **Kwota kredytów bankowych**
 | 1. **Nazwa banku**
 |  |
|  |

|  |
| --- |
| **E. Dane dotyczące stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**  |
|  | **E1. Charakterystyka stanowiska pracy[[5]](#footnote-5)** |  |
|  | 1. **Nazwa stanowiska pracy**
 | 1. **Lokalizacja stanowiska pracy**
 |  |
|  | 1. **Opis operacji i czynności wykonywanych na wyposażonym stanowisku pracy**
 | 1. **Wymagane kwalifikacje i umiejętności pracownika niepełnosprawnego**
 | 1. **Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych**
 | 1. **Rodzaj i stopień niepełnosprawności osób, które mogą wykonywać pracę na wyposażonym stanowisku**
 |  |
|  |  |  |
|  | **E2. Informacje o wyposażeniu stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej** |  |
|  | **Lp.** | **Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy** | **Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy****do refundacji** | **Zmianowość[[6]](#footnote-6)** | **Liczba osób do obsługi[[7]](#footnote-7)** | **Wymiar czasu pracy[[8]](#footnote-8)**  | **Koszty** **wyposażenia stanowiska pracy[[9]](#footnote-9)** | Kwota do refundacji |  |
|  | **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **6** | 1.
 | 1.
 | 1.
 | 1.
 |  | 1.
 | 1.
 |  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  | **Oświadczam, że1:** * ❑ **posiadam /** ❑ **nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,**
* ❑ **zalegam /** ❑ **nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,**
* ❑ **toczy się /** ❑ **nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.**

**Do wniosku załączam:** * **aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w bloku B,**
* **odpowiednio: bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata[[10]](#footnote-10) obrotowe — w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach — roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata10 wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego,**
* **aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych.**

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(–ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.** |  |
|  | **121. Data sporządzenia wniosku****└──┴──┴──┴──┘-└──┴──┘-└──┴──┘** | **122. Podpis i pieczęć składającego** |  |
|  |

|  |
| --- |
| **F. Opinia powiatowego urzędu pracy o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej stanowiska pracy zarejestrowanych  osób niepełnosprawnych** |
|  |  |  |
|  | **123. Data sporządzenia opinii****└──┴──┴──┴──┘-└──┴──┘-└──┴──┘** | **124. Podpis i pieczęć** |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Wn-W (I) | **2/2** |

 |

Załącznik nr 1 do wniosku pracodawcy o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy
osoby niepełnosprawnej

Mielec, dnia ..……………….

…………………………………..

Pracodawca (imię i nazwisko)

…………………………………..

 (adres)

…………………………………..

**Oświadczenie wnioskodawcy**

**o otrzymanej pomocy publicznej *de minimis* oraz**

**innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych**

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej i zapoznany/a z treścią art.297 §1 § 2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny[[11]](#footnote-11), potwierdzam własnoręcznym podpisem wiarygodność i prawdziwość podanych niżej informacji.**

 1. Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go dwa lata kalendarzowe

* nie otrzymałem (-am),\*
* otrzymałem (-am) \*

środków stanowiących pomoc publiczną *de minimis.*

W przypadku otrzymania pomocy *de minimis* należy dołączyć odpowiednie zaświadczenie o udzielonej pomocy
*de minimis.*

2. Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go dwa lata kalendarzowe

* nie otrzymałem (-am),\*
* otrzymałem (-am) \*

środków stanowiących inną pomoc dotyczącą tych samych kosztów kwalifikowalnych wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej.

W przypadku otrzymania innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej należy wypełnić poniższe zestawienie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy w euro | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Łącznie:  |  |  |

-----------------------------------------

(czytelny podpis Pracodawcy)

\* niewłaściwe skreślić

Załącznik nr 2 do wniosku pracodawcy o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy
osoby niepełnosprawnej

# *OŚWIADCZENIE*

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej i zapoznany/a z treścią art.297 §1 §2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny[[12]](#footnote-12) oświadczam**,

że aktualny stan zatrudnienia w ..................................................................................................................... .......................................................................................................................................................................................
wynosi ..................., w tym: pracownicy na czas nieokreślony ................., na czas określony ................, finansowani ze środków Funduszu Pracy ..............., finansowani ze środków PFRON .............., osoby niepełnosprawne ................ .

# *Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy pracowników w poszczególnych 12 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miesiąc/rok** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Średnia liczba pracowników (suma/12)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| **Liczba pracowników** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Wielkość przedsiębiorcy (wstawić x we właściwym miejscu)[[13]](#footnote-13):

□ mikroprzedsiębiorstwo □ małe przedsiębiorstwo

□ średnie przedsiębiorstwo □ duże przedsiębiorstwo

........................................................ ................................................

 podpis i pieczęć Pracodawcy miejscowość i data

Załącznik nr 3 do wniosku pracodawcy o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy
osoby niepełnosprawnej

**Informacje dotyczące planowanego do utworzenia stanowiska pracy**

1. Opis działalności pracodawcy: .................................................................................................................................................................
.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................................
2. Forma opodatkowania ............................................................................................................................
3. Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych, przeciwwskazania zdrowotne ...............................................................................................................................................
.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
4. Uzasadnienie zakupu wyposażenia ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................
.................................................................................................................................................................

1. Opis wyposażenia (działanie, opis czynności, zakres, itp.) ....................................................................
......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................................
2. Wyposażenie nowe lub używane ...........................................................................................................
3. Informacje dotyczące stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej:
4. Stanowisko: ............................................................................................................................................
5. Zmianowość ………………… Godziny pracy od …..........…...……. do ………………………
6. Wymagane dokumenty przy zgłoszeniu się osoby niepełnosprawnej do pracodawcy .................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................
.................................................................................................................................................................

1. Zgłoszenie się kandydata: osoba do kontaktu...................................................................................... stanowisko .............................................................................................................................................. adres........................................................................................................................................................
w godz.....................................................................................................................................................
2. Proponowane wynagrodzenie osoby niepełnosprawnej .........................................................................
3. Dane kandydata:

Imię i nazwisko........................................................................................................................................

Miejsce zamieszkania.............................................................................................................................. .................................................................................................................................................................

Stopień niepełnosprawności ...................................................................................................................

..................................................
(podpis i pieczęć Pracodawcy)

Załącznik nr 4 do wniosku pracodawcy o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy
osoby niepełnosprawnej

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

**- dotyczące pomocy de minimis –**

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej i zapoznany/a z treścią art.297 §1 §2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny[[14]](#footnote-14) oświadczam**, **że**:

1. **Spełniam/Nie spełniam\*[[15]](#footnote-15)** warunki określone 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).
2. **Spełniam/Nie spełniam\*** warunki określone w 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 (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 z 24.12.2013).
3. **Spełniam/Nie spełniam\*** warunki określone w Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.6.2014, s. 45).
4. **Jestem / Nie jestem\*** przedsiębiorstwem, na którym ciąży obowiązek zwrotu wcześniej otrzymanej pomocy publicznej.
5. **Otrzymałem/ Nie otrzymałem\*[[16]](#footnote-16)** pomocy de minimis, pomocy de minimis
w rolnictwie lub w rybołówstwie w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat obrotowych.

**Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

.....………………………………………………………….

(data, podpis i pieczęć Pracodawcy )

\*niewłaściwe skreślić

Załącznik nr 5 do wniosku pracodawcy o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy
osoby niepełnosprawnej

**Klauzula zgody**

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a 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) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb oceny wniosku, zawarcia i realizacji umowy.

.....………………………………………………………….

(data, podpis i pieczęć Pracodawcy )

Załącznik nr 6 do wniosku pracodawcy o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy
osoby niepełnosprawnej

**Klauzula informacyjna**

Informuję, że zgodnie z art. 13 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) – dalej RODO:

1. administratorem Pana(i) danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Mielcu, z siedzibą przy ul. Chopina 16 A, 39-300 Mielec, tel. 17 78800 50, e-mail: sekretariat@pup.mielec.pl,
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - inspektor\_odo@pup.mielec.pl
3. celem przetwarzania danych jest:
	1. przekazywanie Panu(i) informacji, m.in. o realizowanych programach, terminach naborów wniosków dotyczących realizacji aktywnych form przeciwdziałania bezrobociu oraz innych oferowanych usługach urzędu skierowanych do pracodawców z terenu powiatu mieleckiego z wykorzystaniem Pana(i) danych teleadresowych (nr telefonu, adres e-mail ) – art. art. 6 ust. 1 lit. a RODO
	2. podjęcie działań w celu zawarcia i realizacji umowy, której dotyczy złożony wniosek - art. 6 ust. 1 lit. b RODO
	3. realizacja zadań ustawowych spoczywających na służbach zatrudnienia w zakresie niezbędnym do udzielenia wsparcia i pomocy osobom bezrobotnym i/lub pracodawcom - Art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
4. odbiorcami Pana(i) danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
5. Pana(i) dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa,
6. posiada Pan(i) prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych,
7. posiadam Pan(i) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, w przypadku danych, których przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) lub art. 9 ust. 2 lit. a) RODO,
8. ma Pan(i) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
9. podanie Pana(i) danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem zawarcia umowy, jest Pan(i) zobowiązany(a) do ich podania a konsekwencje nie podania danych będą wiązać się z odmową świadczenia części usług przez administratora danych,

Potwierdzam otrzymanie Informacji: ­­­­­­­­­­

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( imię i nazwisko ) ( miejscowość , data , podpis )

 **­­­­­­­­­­­­­­­­***Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy w Mielcu*

**OCENA WNIOSKU**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACJE PRACOWNIKA MERYTORYCZNEGO**

|  |
| --- |
| Sprawdzono wniosek pod względem formalnym i merytorycznym |
| Liczba osób niepełnosprawnych o określonych kwalifikacjach zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Mielcu jako bezrobotne albo poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu |  |
| Wywiązywanie się z umów z udziałem środków publicznych, zawartych w ciągu ostatnich dwóch pełnych lat kalendarzowych | TAK | NIE |
| Data |  |
| Podpis pracownika |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OPINIA KOMISJI** *(ocena wniosku zgodnie z kryteriami):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Skład Komisji:** | **Kryterium** |  |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **F** | **G** | **H** | **Podpisy członków Komisji** |
| liczba punktów |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ŚREDNIA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Kryterium opinii negatywnej* | *0 pkt.* | *0 pkt.* | *0 pkt.* | *0 pkt.* | *0 pkt.* | *0 pkt.* | *0 pkt.* | *0 pkt.* | *poniżej 12 pkt.* |
| **Data:** |  | **Opinia:** | *pozytywna* | *negatywna* |  |

*Uwagi:..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECYZJA DYREKTORA:**

pozytywna / negatywna

liczba stanowisk / kwota ……………………………….

Podpis Dyrektora PUP: ....................................................

1. W odpowiednich polach wstawić znak X. Nie wypełniać poz. 6, 7, 25–27, 30–72 w przypadku wykazania tych danych w innym wniosku Wn-W składanym łącznie z niniejszym wnioskiem. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy podać także numer kierunkowy. [↑](#footnote-ref-2)
3. Dla stanowiska pracy, którego dotyczy refundacja, należy wypełnić część II wniosku po poniesieniu kosztów podlegających refundacji i wraz z kopią dowodu poniesienia tych kosztów

 dołączyć do złożonego wniosku. [↑](#footnote-ref-3)
4. Pracodawcy nieprowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu, składając wniosek, nie wypełnia poz. 30–72. [↑](#footnote-ref-4)
5. W przypadku różnych stanowisk pracy, dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach. [↑](#footnote-ref-5)
6. W przypadku planowego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian. [↑](#footnote-ref-6)
7. Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie. [↑](#footnote-ref-7)
8. Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat. [↑](#footnote-ref-8)
9. Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W. [↑](#footnote-ref-9)
10. W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy. [↑](#footnote-ref-10)
11. Art.297 §1 § 2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny:

„§1. Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi – kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5,

§ 2. Tej samej karze podlega, kto wbrew ciążącemu obowiązkowi, nie powiadamia właściwego podmiotu o powstaniu sytuacji mogącej mieć wpływ na wstrzymanie albo ograniczenie wysokości udzielonego wsparcia finansowego, określonego w § 1, lub zamówienia publicznego albo na możliwość dalszego korzystania z instrumentu płatniczego”. [↑](#footnote-ref-11)
12. Art.297 §1 §2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny:

„§1. Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi – kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 ,

§ 2. Tej samej karze podlega, kto wbrew ciążącemu obowiązkowi, nie powiadamia właściwego podmiotu o powstaniu sytuacji mogącej mieć wpływ na wstrzymanie albo ograniczenie wysokości udzielonego wsparcia finansowego, określonego w § 1, lub zamówienia publicznego albo na możliwość dalszego korzystania z instrumentu płatniczego”. [↑](#footnote-ref-12)
13. zgodnie z załącznikiem I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1). [↑](#footnote-ref-13)
14. Art.297 §1 §2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny:

„§1. Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi – kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 ,

§ 2. Tej samej karze podlega, kto wbrew ciążącemu obowiązkowi, nie powiadamia właściwego podmiotu o powstaniu sytuacji mogącej mieć wpływ na wstrzymanie albo ograniczenie wysokości udzielonego wsparcia finansowego, określonego w § 1, lub zamówienia publicznego albo na możliwość dalszego korzystania z instrumentu płatniczego”. [↑](#footnote-ref-14)
15. [↑](#footnote-ref-15)
16. [↑](#footnote-ref-16)