

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. Telefon ²		23. Faks ²			24. E-mail				
B3. Dodatkowe informacje									
25. Nazwa banku					26. Numer rachunku bankowego				
27. Krótki opis dotychczasowej działalności									
.....									
.....									
.....									
.....									
.....									

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY LUB OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO ZAWIERANIA ZOBOWIĄZAŃ

A.

Imię i nazwisko..... stanowisko

Adres zamieszkania

PESELtelefon.....

B.

Imię i nazwisko..... stanowisko

Adres zamieszkania

PESELtelefon.....

C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy ³	
28. Wnioskowana kwota ogółem	29. Forma zabezpieczenia

Dane dotyczące **poręczycieli:**

Poręczyciel I

1) Imię i nazwisko

2) Adres zamieszkania

3) Miejsce zatrudnienia

4) Wysokość miesięcznego dochodu **brutto**.....

Poręczyciel II

1) Imię i nazwisko

2) Adres zamieszkania

3) Miejsce zatrudnienia

4) Wysokość miesięcznego dochodu **brutto**

Poręczyciel III

1) Imię i nazwisko

2) Adres zamieszkania

3) Miejsce zatrudnienia

4) Wysokość miesięcznego dochodu **brutto**.....

D. Analiza finansowa składającego⁴

Aktywa trwałe i obrotowe		Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
	Grunty	30.	31.	32.
	Budynki	33.	34.	35.
	Pozostały rzeczowy majątek (trwały)	36.	37.	38.
	Zapasy	39.	40.	41.
	Środki na rachunku bankowym	42.	43.	44.
	Należności od odbiorców	45.	46.	47.
	Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej)	48.	49.	50.
	Razem	51.	52.	53.

Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych		Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
	Kapitał własny	54.	55.	56.
	Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty	57.	58.	59.
	Zobowiązania wobec dostawców	60.	61.	62.
	Inne zobowiązania	63.	64.	65.
	Razem	66.	67.	68.

69. Zobowiązania budżetowe	70. Inne zobowiązania	71. Kwota kredytów bankowych	72. Nazwa banku
----------------------------	-----------------------	------------------------------	-----------------

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.

² Należy podać także numer kierunkowy.

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.

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.

E. Dane dotyczące stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

E1. Charakterystyka stanowiska pracy⁵

73. Nazwa stanowiska pracy		74. Lokalizacja stanowiska pracy		
Kod zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów				
75. Opis operacji i czynności wykonywanych na wyposażonym stanowisku pracy	76. Wymagane kwalifikacje i umiejętności pracownika niepełnosprawnego	77. Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych	78. Rodzaj i stopień niepełnosprawności osób, które mogą wykonywać pracę na wyposażonym stanowisku	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

- Liczba stanowisk pracy
- Liczba osób niepełnosprawnych przewidzianych do zatrudnienia na tych stanowiskach pracy.....

E2. Informacje o wyposażeniu stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

Lp.	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy do refundacji	Zmianowość ⁶	Liczba osób do obsługi ⁷	Wymiar czasu pracy ⁸	Koszty wyposażenia stanowiska pracy ⁹	Kwota do refundacji
1	79.	80.	81.	82.	83.	84.	85.
2	86.	87.	88.	89.	90.	91.	92.
3	93.	94.	95.	96.	97.	98.	99.
4	100.	101.	102.	103.	104.	105.	106.
5	107.	108.	109.	110.	111.	112.	113.
6	114.	115.	116.	117.	118.	119.	120.

⁵ W przypadku różnych stanowisk pracy dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach.

⁶ W przypadku planowego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.

⁷ Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.

⁸ Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat.

⁹ Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W.

I. Szczegółowa specyfikacja i harmonogram wydatków dotyczących wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej

l.p.	Przedmiot zakupu	Przewidywany koszt	Termin	Nazwa i adres potencjalnego dostawcy
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

W rozbiciu na poszczególne stanowiska

L.p.	Przedmiot zakupu	ilość	Środki PFRON	Wkład własny
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

L.p.	Przedmiot zakupu	ilość	Środki PFRON	Wkład własny
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

L.p.	Przedmiot zakupu	ilość	Środki PFRON	Wkład własny
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

II. OPIS PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI

Dane dotyczące lokalizacji: (dotyczy lokalu, w którym będą utworzone nowe stanowiska pracy)

- powierzchnia lokalu w m², w tym produkcyjna.....
handlowa, magazynowa, biurowo/socjalna
- forma własności

Dane dotyczące wytwarzanych produktów lub świadczonych usług

- opis produktu lub usługi
.....
.....
.....
- wielkość miesięcznej produkcji, możliwości produkcyjne
- sposób zapewnienia jakości produktów i usług

Ocena rynku

- główni odbiorcy produktów i usług
- główni dostawcy surowców i towarów
- charakterystyka obsługiwanego rynku (lokalny, regionalny, krajowy, zagraniczny), proszę scharakteryzować istniejącą konkurencję
.....
.....
.....
- tendencje rozwojowe, plany rozwoju
- sezonowość popytu i wpływ na wielkość sprzedaży/produkcji.....
.....
.....
- możliwości zmiany profilu działalności i dostosowania do sytuacji rynkowej

Spodziewane efekty wynikające z otrzymania refundacji wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej

-
.....
.....
.....

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,
- znajduję się / nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy publicznej¹⁰,
- tyczy się / nie tyczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,
- byłem(-łam) / nie byłem(-łam) karany(-na) w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.),
- jestem / nie jestem płatnikiem podatku od towarów i usług – VAT,
- ubiegam / nie ubiegam się o środki na to samo przedsięwzięcie z innego źródła,
- jestem / nie jestem Pracodawcą w świetle art. 3 Kodeksu Pracy,
tj. zatrudniam nie zatrudniam co najmniej jednego pracownika

Jako Pracodawca oświadczam, że w związku ze złożonym wnioskiem o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej poziom zatrudnienia w przeliczeniu na pełen etat na dzień złożenia wniosku tj, w dniu wynosi

Ponadto, zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Urzędu Pracy w Golubiu-Dobrzyniu o wszelkich zwrotach z tytułu odliczonego podatku akcyzowego oraz innych zwrotów związanych z wydatkami objętymi refundacją kosztów wyposażenia stanowiska pracy.

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 wniosku

.....

124. Podpis i pieczęć

¹⁰ Kryteria te są określone w pkt 9-11 Wytocznych wspólnotowych pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE C 244 z 01.10.2004).

Do wniosku załączam:

- 1) aktualne kserokopie dokumentów poświadczających formę prawną istnienia Pracodawcy tj.: wydruk ze strony internetowej CEIDG potwierdzający wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub wpis/wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub umowę spółki – w przypadku spółek cywilnych, itp.;
- 2) Kopia zaświadczenia o numerze identyfikacyjnym REGON (lub wydruk ze strony www.stat.gov.pl)
- 3) Forma użytkowania lokalu (akt własności, umowa najmu, umowa dzierżawy, umowa użyczenia);
- 4) Zaświadczenie z ZUS/KRUS o niezaleganiu w opłatach na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych (aktualne, tj. z datą wydania nieprzekraczającą 1 miesiąca);
- 5) Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu w opłatach (aktualne, tj. z datą wydania nieprzekraczającą 1 miesiąca);
- 6) W zależności od wyboru formy zabezpieczenia zwrotu refundacji:
 - Poreczenie osób fizycznych wg prawa cywilnego:
 - 1)Zaświadczenia o dochodach poręczycieli (aktualne, tj. wydane nie później niż 1 m-c przed złożeniem wniosku) wraz z
 - 2)Oświadczenia poręczycieli (druk dostępny na stronie internetowej urzędu w zakładce „Do pobrania” lub w pokoju nr 4);
 - Akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika: oświadczenie o posiadanym majątku(druk dostępny na stronie internetowej urzędu w zakładce „Dokumenty do pobrania” lub w pokoju nr 4);
 - Blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym: oświadczenie na dokonanie blokady środków (druk dostępny na stronie internetowej urzędu w zakładce „Dokumenty do pobrania” lub w pokoju nr 4), bądź złożenie innych dokumentów niezbędnych do wskazania formy zabezpieczenia;
- 7) Oświadczenie dotyczące stanu cywilnego (jeśli dotyczy) o zgodzie Współmałżonka na dokonanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy (dotyczy osoby fizycznej)
- 8) Zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w roku, w którym podmiot ubiega się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat, albo oświadczenie o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie (str. 9 wniosku);
- 9) Oświadczenie o wielkości i przeznaczeniu pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis (str. 10 wniosku);
- 10) Formularz informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis druk dostępny na stronie internetowej urzędu w zakładce „Do pobrania” lub w pokoju nr 4, wypełniają: podmioty prowadzące działalność gospodarczą, przedszkola i szkoły);
- 11) W przypadku producenta rolnego - należy dołączyć formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc inną niż pomoc w rolnictwie lub rybołówstwie, pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (druk dostępny na stronie internetowej urzędu w zakładce „Do pobrania” lub w pokoju nr 4);
- 12) zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, zdolności kredytowej, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych;
- 13) bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata wraz z dowodem przyjęcia przez Urząd skarbowy lub poświadczenie przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego; W przypadku Pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy;

Pouczenie: wniosek niekompletny, niepoprawnie sporządzony i/lub bez aktualnych załączników, wymienionych powyżej nie będzie rozpatrywany.

.....
/ miejscowość, data/

OŚWIADCZENIE O UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS

I. DANE OŚWIADCZAJĄCEGO:

Imię i nazwisko:

Numer identyfikacji podatkowej (NIP):

Adres zamieszkania:

II. Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych przed złożeniem wniosku o udzielenie pomocy de minimis:

korzystałem (am)

nie korzystałem (am)

z pomocy de minimis.

(Wypełnia się tylko w przypadku korzystania z pomocy de minimis)

Oświadczam, że wielkość pomocy de minimis otrzymana w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych wynosi:

Lp.	Dzień udzielenia pomocy	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna otrzymanej pomocy	Numer programu pomocowego, decyzji lub umowy	Okres, na jaki została udzielana pomoc	Forma pomocy	Wartość pomocy brutto w PLN	Wartość pomocy brutto w EURO
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wiarygodność przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Dane osoby upoważnionej do udzielania informacji:

.....
/imię i nazwisko/

.....
/data i czytelny podpis/

UWAGA:

W przypadku otrzymania pomocy *de minimis* po dniu 31 maja 2004 r. należy przedłożyć zaświadczenia potwierdzające udzielenie pomocy *de minimis*.

.....
/Wnioskodawca/

Oświadczenie

o wielkości i przeznaczeniu pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

Oświadczam, że

nie otrzymałem/am

otrzymałem/am (podać wielkość i przeznaczenie pomocy)

pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wiarygodność przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
/data i czytelny podpis Wnioskodawcy/