**Wniosek w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**

Podstawa prawna: Art 26 e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i s połecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. 2011 Nr 127, poz.721, z późn. zm.).

Składający: 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 2. Numer akt 3. Data wpływu

 1. Zwykły  2. Korygujący **............................................. ......................................**

**B. Dane ewidencyjne Wnioskodawcy**

**I Informacje ogólne:**

* pełna nazwa przedsiębiorstwa ................................................................................................
* imię (imiona) i nazwisko składającego ………………………………………………………
* dokładny adres........................................................................................................................

................................................................województwo .........................................................

* adres do korespondencji …………………………………………………………………….
* telefon ........................................................ fax. ....................................................................
* numer REGON ................................. NIP .........................................PKD............................
* E-mail .....................................................................................................................................
* nazwa banku i numer rachunku bankowego: ……………………………………………….

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

* forma prawna przedsiębiorstwa .............................................................................................
* rodzaj prowadzonej działalności ............................................................................................
* miejsce prowadzenia działalności ..........................................................................................
* data rozpoczęcia działalności .................................................................................................
* krótki opis dotychczasowej działalności ................................................................................

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

**II Dane dotyczące Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do zawierania zobowiązań:**

I

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

Adres zamieszkania ................................................................................................................

Seria i nr dowodu osobistego ...................................................wydany dnia ........................

przez .......................................................................................................................................

Telefon kontaktowy …………………………………………………………………………

II

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

Adres zamieszkania ................................................................................................................

Seria i nr dowodu osobistego ...................................................wydany dnia ........................

przez .......................................................................................................................................

Telefon kontaktowy................................................................................................................

**C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy**

***Wnioskowana kwota ogółem: .....................................................................................................***

Proponowana forma zabezpieczenia ............................................................................................

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

**Dane dotyczące poręczycieli:**

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

2. Adres zamieszkania ...............................................................................................................................................

3. Miejsce zatrudnienia ..............................................................................................................................................

4. Wysokość miesięcznego dochodu brutto ..............................................................................................................

II

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

2. Adres zamieszkania ...............................................................................................................................................

3. Miejsce zatrudnienia ..............................................................................................................................................

4. Wysokość miesięcznego dochodu brutto ..............................................................................................................

III

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

2. Adres zamieszkania ...............................................................................................................................................

3. Miejsce zatrudnienia ..............................................................................................................................................

4. Wysokość miesięcznego dochodu brutto ..............................................................................................................

**D. Analiza finansowa Wnioskodawcy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aktywa**  **trwałe i obrotowe** | |  | | --- | | **Rok poprzedzający Ostatni rok obrotowy Bieżący rok**  **ostatni rok obrotowy (2010) (2011) (2012)** | | | |
| Grunty |  |  |  |
| Budynki |  |  |  |
| Pozostały rzeczowy majątek (trwały) |  |  |  |
| Zapasy |  |  |  |
| Środki na rachunku bankowym |  |  |  |
| Należności od odbiorców |  |  |  |
| Inne(aktywa obrotowe nie ujęte powyżej) |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |
| **Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych** | |  | | --- | | **Rok poprzedzający Ostatni rok obrotowy Bieżący rok**  **ostatni rok obrotowy (2010) (2011) (2012)** | | | |
| Kapitał własny |  |  |  |
| Zewnętrzne źródła finansowania w tym kredyty |  |  |  |
| Zobowiązania wobec dostawców |  |  |  |
| Inne zobowiązania |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

1. Zobowiązania budżetowe ......................................................................................................................

2. Inne zobowiązania .................................................................................................................................

3. Kwota kredytów bankowych .................................................................................................................

4. Nazwa banku .........................................................................................................................................

**E. Dane dotyczące stanowiska pracy osoby niepelnosprawnej**

**E1. Charakterystyka stanowiska pracy**

* Liczba stanowisk pracy ..........................................................................................................
* Liczba osób niepełnosprawnych przewidzianych do zatrudnienia na tych stanowiskach pracy........................................................................................................................................
* Nazwa stanowisk pracy ………………………………………………………………………….

1. Szczegółowa specyfikacja i harmonogram zakupów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Przedmiot zakupu | Przewidywany koszt | Termin | Nazwa i adres potencjalnego dostawcy |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**W rozbiciu dla poszczególnych stanowisk**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zakupu** | **ilość** | **Środki PFRON** | **Wkład własny** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zakupu** | **ilość** | **Środki PFRON** | **Wkład własny** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |

2. Liczba pracowników zatrudnionych w przeliczeniu na pełen wymiar czasu w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | miesiąc rok | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Liczba osób zatrudnionych w przeliczeniu na pełen etat | | | | ogółem | |  |  | | --- | --- | | w tym zatrudnieni na | | | umowę o pracę | umowę zlecenia | | uczniowie | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |

**Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy pracowników w dniu złożenia wniosku wynosi: ……..................................................................................................**

3. Lokalizacja stanowiska pracy .................................................................................................

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

4. Rodzaj pracy jaka będzie wykonywana przez skierowanych bezrobotnych

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

5. Opis operacji i czynności wykonywanych na wyposażonym stanowisku pracy.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

6. Wymagane kwalifikacje i umiejętności pracownika niepełnosprawnego: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

7. Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych: .....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

8. 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 do refundacji | Zmianowość | Liczba osób do obsługi | Wymiar czasu pracy | Koszty wyposażenia stanowiska pracy | Kwota do refundacji |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |

* Dane dotyczące lokalizacji przedsiębiorstwa:

powierzchnia lokalu w m 2 ......................, w tym produkcyjna..............................................

handlowa .........................., magazynowa ........................, biurowo/socjalna .......................

forma własności .....................................................................................................................

* Dane dotyczące wytwarzanych produktów lub świadczonych usług.

opis produktu lub usługi

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

wielkość miesięcznej produkcji/sprzedaży możliwości produkcyjne ...................................

* Ocena rynku

główni odbiorcy produktów i usług .......................................................................................

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

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

główni dostawcy surowców i towarów ..................................................................................

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

charakterystyka obsługiwanego rynku (lokalny, regionalny, krajowy, zagraniczny), charakterystyka konkurencji ................................................................................................

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

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

tendencje rozwojowe , plany rozwoju …………....................................................................

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

sezonowość popytu i wpływ na wielkość sprzedaży/produkcji..............................................

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

możliwości zmiany profilu i dostosowania do sytuacji rynkowej .........................................

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

* Spodziewane efekty wynikające z otrzymania refundacji doposażenia/wyposażenia

stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych........................................................................

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

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

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

**Oświadczam, że:**

* 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 publicznej (kryteria te sa określone w pkt 9 i 10 Wytycznych wspólnotowych dotyczących pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz.Urz. UE C 244 z 01.10.2004 r.).
* Toczy się/nie toczy się w stosunku do Wnioskodawcy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
* Byłem(am)/nie byłem(am) karany(a) w okresie 2 lat poprzedzających złożenie 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.).
* **Oświadczam, że:**

**□ jestem**

**□ nie jestem płatnikiem podatku VAT**

* **Oświadczam, że jestem pracodawcą w świetle art. 3 kodeksu pracy, tj. zatrudniam co najmniej jednego pracownika.**

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy (art. 233 Kodeksu Karnego)**

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

miejscowość, data podpis i pieczątka Wnioskodawcy

**Wykaz załączników:**

* Kopia dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia firmy (wpis do ewidencji dział. gospodarczej (również wydruk z CEiDG ze strony firma.gov.pl) lub Krajowego Rejestru Sądowego w przypadku spółek i spółdzielni.
* Kopia zaświadczenia o numerze identyfikacyjnym REGON (lub wydruk ze strony [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)),
* Dokument potwierdzający formę użytkowania lokalu (akt własności, umowa użyczenia, umowa najmu, umowa dzierżawy),
* Zaświadczenie z ZUS o nie zaleganiu w opłatach na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych(aktualne, tj. z datą wydania nieprzekraczającą 1 miesiąca),
* Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o nie zaleganiu w opłatach(aktualne, tj. z datą wydania nieprzekraczającą 1 miesiąca),
* Aktualne zaświadczenia z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, zdolności kredytowej, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych,
* 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 poświadczone przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego. W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy, niż dwa lata, należy przedstawić dokumenty za co najmniej 12 miesięcy.
* Zaświadczenia poręczycieli o dochodach,
* Oświadczenia poręczycieli o zobowiązaniach *(na drukach otrzymanych z urzędu pracy, dostępnych również na stronie internetowej Urzędu* zakładce „Do pobrania”*),*
* Zaświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go dwa lata kalendarzowe,
* Oświadczenia dotyczące pomocy de minimis i pomocy publicznej *(strona 8 i 9 niniejszego wniosku),*
* Formularz informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc publiczną *(druk dostępny jest w Urzędzie, jak również na stronie internetowej Urzędu* zakładce „Do pobrania”*).*

***UWAGA! Rozpatrzeniu będzie podlegał wyłącznie prawidłowo sporządzony, kompletny wniosek z wymaganymi załącznikami.***

**F. Opinia powiatowego urzędu pracy o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej stanowiska pracy zarejestrowanych osób niepełnosprawnych (wypełnia Urząd):**

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

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

Data sporządzenia opinii Podpis i pieczęć

.................................., ……………………

/ miejscowość , data/

**OŚWIADCZENIE O UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS**

**(wypełnia Wnioskodawca)**

**I . DANE OŚWIADCZAJĄCEGO:**

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

Numer identyfikacji podatkowej (NIP): ...............................................................................................

Adres zamieszkania: ..............................................................................................................................

**II.** Oświadczam, że w okresie **ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku** o udzielenie pomocy de minimis:

□ korzystałem (am)

□ nie korzystałem (am)

**z pomocy de minimis.**

1. (Wypełnia się tylko w przypadku korzystania z pomocy de minimis w ostatnich 3 latach)

Oświadczam, że wielkość pomocy de minimis otrzymana w ostatnich 3 latach przed złożeniem wniosku 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. |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 kodeksu karnego) oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą.**

Dane osoby upoważnionej do udzielania informacji:

**.................................................., .................... …...................................**

**/imię i nazwisko/ /data/ /czytelny podpis/**

**UWAGA:**

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

.…………………………

miejscowość i data

**Oświadczenie**

**(wypełnia Wnioskodawca)**

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:

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

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 kodeksu karnego) oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą.**

Dane osoby upoważnionej do udzielania informacji:

**.................................................., ....................... ..................................................**

**/imię i nazwisko/ /data/ /czytelny podpis/**