

Załączniki do wniosku:

1. Kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego formę prawną prowadzenia działalności (aktualny wpis do centralnej ewidencji działalności gospodarczej CEIDG, aktualny wpis do KRS, umowa spółki cywilnej, dokument potwierdzający wpis do ewidencji szkół i placówek oświatowych, itp.);
2. Aktualne zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu z opłatami (ważne 90 dni);
3. Aktualne zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu z opłatami (ważne 90 dni);
4. W przypadku pracodawców opłacających składki do KRUS, aktualne zaświadczenie z KRUS o niezaleganiu z opłatami (ważne 90 dni);
5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (w przypadku pracodawców prowadzących działalność gospodarczą);
6. Dokumenty poświadczające prawo do lokalu, w którym tworzone będą w ramach refundacji stanowiska pracy: umowa najmu, dzierżawy, akt własności, ewentualnie zgłoszenie identyfikacyjne/aktualizacyjne NIP-2 – w sytuacji, gdy dokumenty rejestracyjne nie potwierdzają tej lokalizacji (kserokopia, oryginał do wglądu);
7. W przypadku, gdy osobą wskazaną do kontaktów bądź osobą umocowaną do reprezentowania firmy nie jest Wnioskodawca należy do wniosku dołączyć upoważnienie, w którym Wnioskodawca umocowuje osobę do złożenia wniosku wraz z załącznikami oraz dokonywania wszelkich ustaleń związanych ze złożonym wnioskiem;
8. Bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwóch lat obrotowych w przypadku podmiotów sporządzających sprawozdanie, w pozostałych przypadkach - roczne rozliczenie podatkowe wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego za okres ostatnich dwóch lat;
9. Aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych;
10. Załącznik do wniosku Wn-W:
  - a) w przypadku pracodawców prowadzących działalność gospodarczą: nr 1, nr 2, nr 3, nr 4 i odpowiednio nr 5 lub nr 6 oraz ewentualnie nr 7 i nr 8.
  - b) w przypadku pracodawców nieprowadzących działalności gospodarczej: nr 2, nr 3, nr 4 i odpowiednio nr 5 lub nr 6 oraz ewentualnie nr 7 i nr 8.

**Wszystkie dokumenty składane w kopii muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem.**

zał. nr 1 do wniosku Wn-W z dnia .....

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY  
DOTYCZĄCE POMOCY DE MINIMIS OTRZYMANEJ W ROKU,  
W KTÓRYM UBIEGA SIĘ O POMOC ORAZ W CIĄGU DWÓCH POPRZEDZAJĄCYCH  
GO LAT KALENDARZOWYCH**

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń (art. 297 § 1 Kodeksu karnego), oświadczam, iż:

- **otrzymałem / nie otrzymałem\*** pomocy de minimis w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat.

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie.

(w przypadku spółki cywilnej oświadczenie wypełnia każdy wspólnik z osobna oraz spółka).

Lp.	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna udzielenia pomocy	Dzień udzielenia pomocy	Wartość pomocy		Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy	Przeznaczenie pomocy
				PLN	EURO		
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
<b>Suma:</b>							

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczętka wnioskodawcy lub innej osoby uprawnionej  
do jego reprezentowania

\* niepotrzebne skreślić



zał. nr 3 do wniosku Wn-W z dnia .....

### INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DO WNIOSKU Wn-W

1. Wnioskującym jest (zaznaczyć właściwy kwadrat):

- Pracodawca **nieprowadzący działalności gospodarczej** - niebędący beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2018 poz. 362);
- Pracodawca **prowadzący działalność gospodarczą** – beneficjent pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2018 poz. 362).

2. Nazwa pracodawcy .....

3. Oznaczenie formy prawnej .....

4. Data rozpoczęcia działalności .....

5. Osoba reprezentująca pracodawcę .....  
stanowisko .....  
telefon .....

6. Osoba upoważniona do podpisania umowy .....  
stanowisko .....

7. Stan zatrudnienia :

Lp.	Miesiąc, rok	Liczba zatrudnionych pracowników (stan na koniec miesiąca)	Liczba pracowników, z którymi zakończono/rozwiązano stosunek pracy w okresie 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (w danym miesiącu)				ogółem liczba pracowników z którymi zakończono lub rozwiązano stosunek pracy
			przez pracodawcę bez winy pracownika	przez pracownika	z powodu upływu okresu	z innych powodów	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
Dzień złożenia wniosku							
<b>SUMA:</b>							

8. PKD działalności, w związku z którą Pracodawca ubiega się o refundację .....

9. Zmianowość .....

10. Godziny pracy (od - do) .....

11. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla 1 osoby .....

12. Podmiot **sektora publicznego**, który punkcie 1 oświadczył, że prowadzi działalność gospodarczą w związku z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych na wskazanych stanowiskach oświadcza:

a) **Prowadzę** równocześnie działalność **niemającą charakter gospodarczy**:

TAK  NIE

b) **Prowadzę** rozdzielną rachunkową pomiędzy działalnością o charakterze gospodarczym, a działalnością nie mającą charakteru gospodarczego:

TAK  NIE  NIE DOTYCZY

c) **Będę** zatrudniał niepełnosprawnych na stanowiskach związanych z prowadzoną działalnością o charakterze gospodarczym (zgodnie z zakresem obowiązków wynikającym z umowy o pracę):

TAK  NIE  NIE DOTYCZY

13. Księgowość prowadzona jest:

we własnym zakresie

przez biuro rachunkowe (podać nazwę).....

.....

14. Uzasadnienie potrzeby stworzenia nowego stanowiska pracy:

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

15. Uzasadnienie zakupu planowanych wydatków (**niezbędności**) wyszczególnionych we **wniosku Wn-W** (należy opisać sposób wykorzystania poszczególnego wyposażenia, środków trwałych, materiałów itd. w wyposażonym stanowisku pracy pod kątem ich celowości, niezbędności i przydatności w wykorzystaniu do pracy na refundowanym stanowisku oraz określić czy zakupiona będzie nowa czy używana rzecz):

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....
- 6) .....
- 7) .....
- 8) .....

16. Sprzęt i wyposażenie wnioskowanego stanowiska, który już posiada wnioskodawca: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*podpis i pieczętka wnioskodawcy lub innej osoby uprawnionej do jego reprezentowania*

zał. nr 4 do wniosku Wn-W z dnia .....

### OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

Świadomy, iż poświadczenie nieprawdy, zgodnie z art. 297 § 1 Kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5, jako Pracodawca oświadczam:

1. **Jestem / nie jestem\*** płatnikiem podatku od towarów i usług – VAT.
2. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Urzędu o wszelkich zwrotach z tytułu odliczenia podatku akcyzowego oraz innych zwrotów związanych z wydatkami objętymi refundacją kosztów wyposażenia stanowiska pracy.
3. **Jestem / nie jestem\*** zobowiązany do składania sprawozdań finansowych zgodnie z przepisami o rachunkowości.
4. **Jestem / nie jestem\*** zakładem pracy chronionej.
5. **Otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)\*** środków publicznych na rozpoczęcie działalności gospodarczej.
6. **Nie ubiegam / ubiegam\*** się o środki finansowe na to samo przedsięwzięcie z innego źródła.
7. **Prowadzę / nie prowadzę\*** działalność gospodarczej w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej co najmniej przez 12 miesięcy bezpośrednio przed złożeniem wniosku (do okresu prowadzenia działalności nie wlicza się okresu zawieszenia działalności) (**wypełnia tylko pracodawca prowadzący działalność gospodarczą**).
8. Oświadczam, że znam i spełniam warunki Rozporządzenia MPiPS z dnia z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 93).
9. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej i przyznawania osobie niepełnosprawnej środków na podjęcie działalności gospodarczej lub rolniczej ze środków PFRON w 2018 roku.
10. Zobowiązuję się pisemnie poinformować Powiatowy Urząd Pracy w Strzyżowie o wszystkich zmianach danych zawartych w składanym wniosku oraz dołączonych do niego załącznikach do dnia spisania umowy w sprawie wyposażenia stanowiska dla osoby niepełnosprawnej.
11. **Nie zalegam / zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
12. **Nie zalegam / zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych (np. opłat lokalnych, podatków, itp.).
13. **Nie posiadam / posiadam\*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
14. **Nie byłem(am) / byłem(am)\*** karany(a) w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2018 r. poz. 703 z późn. zm.).

15. **Nie jestem / jestem\*** zobowiązany(a) do zwrotu udzielonej mi wcześniej pomocy publicznej na podstawie przepisów ustawy z dn. 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 362).
16. **Nie jestem / jestem\*** objęty(a) postępowaniem wyjaśniającym w sprawie dotyczącej naruszenia praw pracowniczych.
17. **Nie zostałem(am) / zostałem(am)\*** skazany(a) w okresie 365 dni przed złożeniem wniosku prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych.
18. Oświadczam, że jest mi wiadome że przyznane środki stanowią pomoc de minimis i oświadczam, że spełniam warunki o których mowa w **(dotyczy tylko pracodawcy prowadzącego działalność gospodarczą)** :
- a) 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, str. 1), gdyż w okresie 3 lat budżetowych przed dniem złożenia wniosku, nie korzystałem ze środków pomocy przyznawanej podmiotowi gospodarczemu: przekraczających 200 000 EURO (w sektorze drogowego transportu towarów – 100 000 EURO) lub
- b) 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 w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9), gdyż w okresie 3 lat budżetowych przed dniem złożenia wniosku, nie korzystałem ze środków pomocy przyznawanej producentowi rolnemu: przekraczających 15 000 EURO.
19. W przypadku otrzymania pomocy de minimis po dniu złożenia wniosku, a przed podpisaniem umowy, zobowiązuje się do złożenia dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis **(dotyczy tylko pracodawcy prowadzącego działalność gospodarczą)**.
20. Zobowiązuję się do zatrudniania na wyposażonym stanowisku pracy osoby niepełnosprawnej przez okres co najmniej 36 miesięcy.
21. Jest mi wiadome, że pomoc de minimis przyznana na podstawie niniejszego wniosku łącznie z inną pomocą ze środków publicznych niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym również z budżetu Unii Europejskiej udzieloną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowalnych nie może spowodować przekroczenia dopuszczalnej intensywności pomocy określonej dla danego przeznaczenia pomocy **(dotyczy tylko pracodawcy prowadzącego działalność gospodarczą)**.
22. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem 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 uchylenia dyrektywy 95/46/WE zawartych we wniosku w celu rozpatrzenia go i przyznania środków PFRON na refundację kosztów poniesionych w związku z zatrudnieniem osoby niepełnosprawnej.

.....  
*miejscowość, data*

.....  
*podpis i pieczętka wnioskodawcy lub innej osoby uprawnionej do jego reprezentowania*

**\* niepotrzebne skreślić**



zał. nr 5 do wniosku Wn-W z dnia .....

.....

(pieczęć firmowa)

## OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O KWALIFIKOWALNOŚCI VAT

Świadomy, iż poświadczenie nieprawdy, zgodnie z art. 297 § 1 Kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5, jako Pracodawca oświadczam że:

**Nie mam** możliwości odliczenia podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego. W związku z powyższym wnioskujemy o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy z **uwzględnieniem tych podatków**. Jednocześnie zobowiązuje się do zwrotu zrefundowanej części poniesionego VAT, jeżeli zaistnieją przesłanki umożliwiające odzyskanie tych podatków.

.....

*miejsowość, data*

.....

*podpis i pieczęć wnioskodawcy lub innej osoby uprawnionej  
do jego reprezentowania*

zał. nr 6 do wniosku Wn-W z dnia .....

.....  
(pieczęć firmowa)

### OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O KWALIFIKOWALNOŚCI VAT

Świadomy, iż poświadczenie nieprawdy, zgodnie z art. 297 § 1 Kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5, jako Pracodawca oświadczam że:

**Mam możliwość** odliczenia podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego. W związku z powyższym wnioskujemy o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy z pominięciem tych podatków.

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*podpis i pieczętka wnioskodawcy lub innej osoby uprawnionej do jego reprezentowania*

## INFORMACJA

### **dla osoby fizycznej – pracodawcy korzystającego z form pomocy określonych w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych**

W trybie 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 (dalej RODO) oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Strzyżowie, ul. Daszyńskiego 2, 38-100 Strzyżów reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Strzyżowie.
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Strzyżowie – tel.: 17 2768487, e-mail: iod@strzyzow.praca.gov.pl, adres: Powiatowy Urząd Pracy w Strzyżowie, ul. Daszyńskiego 2.
3. Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w celu realizacji zadań w zakresie promocji zatrudnienia, łagodzenia skutków bezrobocia oraz aktywizacji zawodowej wynikających z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.), a także w celu wykonania obowiązków wynikających z przepisów innych ustaw.
4. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych stanowią przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, przepisy wykonawcze do powyższej ustawy oraz przepisy art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO.
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, z zastrzeżeniem, że podanie tych danych jest wymogiem ustawowym w celu korzystania ze świadczeń i usług realizowanych przez powiatowy urząd pracy, a w przypadku zawierania umów warunkiem jej zawarcia. Ewentualną konsekwencją odmowy podania przez Pana/Panią danych osobowych jest odmowa przyznania uprawnień, o które się Pan/Pani ubiega, ich utrata lub pozbawienie, jeżeli z odmową podania danych osobowych taki skutek wiążą obowiązujące przepisy ustaw, a w przypadku zawierania umów odmowa jej zawarcia. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez upoważnione osoby, które są zaangażowane w realizację ww. zadań.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty upoważnione na podstawie obowiązujących przepisów prawa do udostępnienia im danych osobowych, m.in. Urząd Skarbowy, Wojewódzki Urząd Pracy, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
7. Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe pozyskane od wszystkich podmiotów zobowiązanych na podstawie ustawy do udostępnienia tych danych tutejszemu Urzędowi.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom w państwach znajdujących się poza Unią Europejską i Europejskim Obszarem Gospodarczym lub do organizacji międzynarodowej.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
  - a) dostępu do treści swoich danych osobowych,
  - b) sprostowania danych osobowych, jeżeli są nieprawidłowe,
  - c) usunięcia danych osobowych lub ograniczenia przetwarzania tych danych, a także wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych – tylko wówczas, gdy usunięcie lub ograniczenie przetwarzania danych nie będzie uniemożliwiać realizacji swoich zadań przez organy publiczne i nie będzie sprzeczne z przepisami prawa,

- d) cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem – tylko wówczas, jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a lub art. 9 ust. 2 lit. a RODO,
  - e) wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli uzna Pani/Pan, że dane osobowe nie są przetwarzane w sposób prawidłowy.
10. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegać decyzji, która opiera się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i ust. 4 RODO.
11. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów obowiązującego prawa, w tym ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2018 r., poz. 217 z późn. zm.).

Zapoznałem/am się

.....  
(data i podpis)

zał. nr 8 do wniosku Wn-W z dnia .....

**DANE WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI CYWILNEJ - .....**  
(nazwa spółki)

Liczba wspólników spółki cywilnej : .....

**I WSPÓLNIK**

1. Imię i nazwisko: .....
2. Nazwa firmy: .....  
.....
3. Adres miejsca zamieszkania: .....  
.....
4. Adres głównego miejsca wykonywania działalności: .....  
.....
5. Numer PESEL: .....
6. Numer NIP: .....
7. Numer REGON: .....

.....  
*miejscowość, data*

.....  
*podpis i pieczęćka wspólnika*

**II WSPÓLNIK**

1. Imię i nazwisko: .....
2. Nazwa firmy: .....  
.....
3. Adres miejsca zamieszkania: .....  
.....
4. Adres głównego miejsca wykonywania działalności: .....  
.....
5. Numer PESEL: .....
6. Numer NIP: .....
7. Numer REGON: .....

.....  
*miejscowość, data*

.....  
*podpis i pieczęćka wspólnika*

### **III WSPÓLNIK**

1. Imię i nazwisko: .....
2. Nazwa firmy: .....  
.....
3. Adres miejsca zamieszkania: .....  
.....
4. Adres głównego miejsca wykonywania działalności: .....  
.....
5. Numer PESEL: .....
6. Numer NIP: .....
7. Numer REGON: .....

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*podpis i pieczętka wspólnika*

### **IV WSPÓLNIK**

1. Imię i nazwisko: .....
2. Nazwa firmy: .....  
.....
3. Adres miejsca zamieszkania: .....  
.....
4. Adres głównego miejsca wykonywania działalności: .....  
.....
5. Numer PESEL: .....
6. Numer NIP: .....
7. Numer REGON: .....

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*podpis i pieczętka wspólnika*