

Załącznik – informacja dodatkowa do wniosku Wn - W
(wyposażenie miejsca pracy)

I Dane wnioskodawcy

1. Nazwa pracodawcy
2. Osoba upoważniona do kontaktu z Urzędem
3. Telefon i fax

II Informacja o wnioskodawcy

1. Data rozpoczęcia działalności
2. Forma prawna prowadzonej działalności
3. Numer w krajowym rejestrze podmiotów gospodarki narodowej REGON
4. Symbol podklasy określony zgodnie z PKD
5. Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP)
6. Rodzaj prowadzonej działalności – krótki opis
-
-
7. Forma opodatkowania
8. Nazwa banku i numer konta
-
9. Czy pracodawca jest podatnikiem VAT

III Dane dotyczące stanu zatrudnienia u pracodawcy w ostatnich 12 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku

1. Stan zatrudnienia w dniu złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny etat wynosi:
2. Stan zatrudnienia w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosił:

Lp.	Miesiąc i rok	Liczba pracowników ogółem	Lp.	Miesiąc i rok	Liczba pracowników ogółem
1			7		
2			8		
3			9		
4			10		
5			11		
6			12		

3. W przypadku spadku zatrudnienia proszę o podanie przyczyn:

IV Dane dotyczące tworzonego stanowiska pracy

1. Miejsce tworzonych stanowisk pracy (adres)
-
2. Liczba tworzonych stanowisk pracy dla skierowanych niepełnosprawnych
3. Proponowane wynagrodzenie brutto (miesięcznie):

V Opis planowanej inwestycji

1. Krótki opis przedsięwzięcia (np. lokalizacja przedsięwzięcia; cele, które mają być osiągnięte; etapy realizacji; wpływ zatrudnienia na sytuację przedsiębiorstwa i osób niepełnosprawnych):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Wysokość wnioskowanej refundacji (maksymalnie do wysokości 15-krotnego przeciętnego wynagrodzenia ogłoszonego przez Prezesa GUS na jedno miejsce pracy) zgodnie ze specyfikacją zakupów:
3. Działania podjęte przez wnioskodawcę w celu realizacji przedsięwzięcia:

.....

.....

.....

VI Zabezpieczenie

1. W przypadku poręczenia lub weksla z poręczeniem wekslowym proponuję poręczycieli:

..... (imię i nazwisko a w przypadku emeryta lub rencisty - wiek) (imię i nazwisko a w przypadku emeryta lub rencisty - wiek)
..... (adres zamieszkania) (adres zamieszkania)
..... (źródło dochodu – nazwa pracodawcy) (źródło dochodu – nazwa pracodawcy)
..... (średni przychód brutto z ostatnich 3 m-cy) (średni przychód brutto z ostatnich 3 m-cy)

VII OŚWIADCZENIE

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych zgodnie z art. 233 k.k. oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą, a ponadto na dzień złożenia wniosku:

1. Spełniam warunki do otrzymania wnioskowanej refundacji określone w rozporządzeniu MPiPS z dnia 17.10.2007r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (Dz. U. z 2007r. nr 194, poz. 1404 z późn. zm.),
2. Spełniam warunki, o których mowa w rozporządzeniu Komisji (WE) Nr 1998/2006 z dn. 15.12.2006r., ponieważ w dowolnie ustalonym okresie trzech lat budżetowych nie korzystałem/-am ze środków pomocy przyznawanej podmiotom gospodarczym przekraczających kwotę 200 tys. EUR;
3. Nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, FP oraz FGŚP i innych danin publicznych,
4. Nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
5. Nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej, w rozumieniu Komunikatu Komisji – Wytyczne wspólnotowe dotyczące pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE C 244 z 01.10.2004, str. 2),
6. Nie byłem/am karany/a w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6.06.1997 – KK

7. W okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go dwa lata kalendarzowe uzyskałem / nie uzyskałem pomoc de minimis lub inną obejmującą te same koszty kwalifikowalne. Pomoc uzyskano w kwocie:
- Poinformuję do dnia zawarcia umowy o każdej pomocy publicznej uzyskanej po złożeniu niniejszego wniosku.
8. Nie jest prowadzone wobec mnie sądowe lub administracyjne postępowanie egzekucyjne o zapłatę świadczeń pieniężnych;
9. Zapoznałem się z Regulaminem w sprawie zwrotu **ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych** dodatkowych kosztów związanych z zatrudnieniem pracowników niepełnosprawnych, kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, przyznania osobie niepełnosprawnej środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej w Powiatowym Urzędzie Pracy w Jastrzębiu Zdroju.
10. Jestem świadomy, iż pozytywnie rozpatrzony wniosek będzie podstawą do podpisania umowy która będzie regulować dalszą współpracę;
11. Jestem świadomy, iż od negatywnego stanowiska PUP nie przysługuje odwołanie;
12. Dodatkowo załączam:
 - a) Kopia aktualnego na dzień składania wniosku, dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia zakładu (oryginał do wglądu):
 - i) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej dla osób fizycznych i jednostek nie posiadających osobowości prawnej,
 - ii) wyciąg z rejestru handlowego i akt notarialny - w przypadku osób prawnych,
 - iii) umowa spółki cywilnej potwierdzona w urzędzie skarbowym,
 - iv) w szczególnych przypadkach koncesja lub zezwolenie na prowadzenie działalności.
 - b) Kopia dokumentu określającego tytuł prawny do lokalu, w którym mają znajdować się stanowiska pracy (oryginał do wglądu).
 - c) Zaświadczenie z ZUS o nie zaleganiu w opłatach na ubezpieczenie społeczne za zatrudnionych pracowników i właściciela zakładu (wydane nie wcześniej niż w okresie 2 miesięcy przed złożeniem wniosku),.
 - d) Kopia zaświadczenia o zarejestrowaniu w urzędzie statystycznym i nadaniu numeru statystycznego tzw. REGON-u (oryginał do wglądu).
 - e) Kopia zaświadczenia o nadaniu NIP-u (oryginał do wglądu).
 - f) Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego (wydane nie wcześniej niż w okresie 2 miesięcy przed złożeniem wniosku), zawierające informacje:
 - i) od kiedy wnioskodawca prowadzi działalność, oraz
 - ii) o nie zaleganiu z podatkami.
 - g) Wszystkie zaświadczenia o pomocy de minimis, jakie podmiot otrzymał w roku, w którym ubiega się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat, albo oświadczenia o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie,
 - h) Zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go dwa lata kalendarzowe oraz informacje o innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych.
 - i) Oświadczenia 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.
 - j) Informację o uzyskanej pomocy publicznej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997r. (Dz.U. z 2002r. nr 101 poz. 926 z późn. zm.)

.....
(miejscowość, data)

.....
Główny księgowy lub inna osoba prowadząca
dokumentację finansową

.....
pieczętka i podpis podmiotu lub osób
uprawnionych do reprezentowania podmiotu

VIII Szczegółowa specyfikacja i harmonogram zakupów wyposażenia stanowiska pracy, (dla każdego stanowiska oddzielnie), dot. wydatków ze środków PFRON

Lp.	Specyfikacja zakupów (nazwa maszyny, urządzenia itp.)	Opis działania i krótkie wyjaśnienie potwierdzające istotność zakupu	Kwota (w zł)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
RAZEM			

.....
pieczętka i podpis podmiotu lub osób
uprawnionych do reprezentowania podmiotu

