

II. CHARAKTERYSTYKA PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI:

1. przedmiot działalności - branża, główne produkty lub usługi itd.

2. Opis rynku, na jakim działa podmiot, przedszkole, szkoła lub producent rolny – główni dostawcy i odbiorcy, zawarte umowy itd.

3. Aktualna liczba zatrudnionych pracowników na dzień złożenia wniosku

w tym niepełnosprawnych :

4. Czy w ostatnich 12 miesiącach przed złożeniem wniosku miało miejsce:

- ☐ Zmniejszenie zatrudnienia (*do wglądu uwierzytelnione kopie świadectw pracy zwolnionych osób*)
- ☐ Utrzymanie zatrudnienia na tym samym poziomie
- ☐ Brak zatrudnienia
- ☐ Zwiększenie zatrudnienia

III. DANE DOTYCZĄCE NOWO TWORZONYCH STANOWISK PRACY DLA NIEPEŁNOSPRAWNYCH :

- Adres miejsca tworzenia stanowiska pracy:

- Wnioskowana liczba stanowisk:

- Wnioskowana kwota refundacji łącznie:

- Planowany termin uruchomienia stanowiska:

- Dojazd do pracy

- Wymagania dotyczące sprawności ruchowej (siedząca, stojąca, siedząco- chodząca, stojąco- chodząca)
.....

- Czy występują: hałas, drgania, gazy i opary substancji chemicznych, pył, czynniki uczulające itp.
.....

-Charakterystyka zaplecza socjalno – sanitarnego :

Dane dotyczące tworzonych stanowisk pracy:

Lp.	Nazwa stanowiska pracy	Rodzaj wykonywanej pracy	Wymagane kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do wykonywania pracy
1.			
2.			
3.			

Czy obsługa sprzętu planowanego do zakupienia w ramach refundacji wymaga posiadania uprawnień

☐

tak

☐

nie

(właściwe zaznaczyć)

Wymień wymagane uprawnienia:

.....
.....

Uzasadnienie wydatków związanych z doposażeniem lub wyposażeniem stanowisk pracy

(do czego będzie służył dany sprzęt/urządzenie osobie zatrudnionej na wyposażonym stanowisku pracy)

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

IV. PROPONOWANA FORMA ZABEZPIECZENIA ZWROTU REFUNDACJI KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY:

(WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ)

☐

Poręczenie

☐

Weksel z poręczeniem wekslowym (awal)

☐

Gwarancja bankowa

☐

Zastaw na prawach lub rzeczach

☐

Blokada rachunku bankowego

☐

Akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika

☐

Poręczenie Samorządowego Funduszu Poręczeń Kredytowych wraz z poręczeniem osoby fizycznej

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 KK) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym załączniku do wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej są zgodne z prawdą, co stwierdzam/y własnoręcznym podpisem.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczętka pracodawcy lub osoby
uprawnionej do reprezentowania pracodawcy)

Oświadczenie

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań i oświadczeń (art. 233 KK) oświadczam, że:

- wielkość pomocy de minimis, jaką otrzymałem/am w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat wynosi euro,
- wielkość i przeznaczenie pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis wynosi euro.,
- spełniam/ nie spełniam* warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 grudnia 2014 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 93), 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 24.12.2013r, str.1), rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie zastosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r, rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie zastosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014r.)
- zapoznałem (am) się z Regulaminem refundacji ze środków PFRON kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej w Powiatowym Urzędzie Pracy w Gostyniu.

.....
(podpis i pieczęćka pracodawcy lub osoby
uprawnionej do reprezentowania pracodawcy)

* niepotrzebne skreślić

WYMAGANE DODATKOWE DOKUMENTY :

1. Kserokopia dokumentu poświadczającego formę prawną :
 - aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej dla osób fizycznych i jednostek nie posiadających osobowości prawnej,
 - aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (okres ważności 3 miesiące) w przypadku osób prawnych
 - umowa spółki cywilnej,
2. Dokumenty potwierdzające tytuł prawny lokalu, w którym zostaną utworzone stanowiska pracy:
 - lokal własny – akt własności lub wypis z księgi wieczystej,
 - lokal wynajęty/dzierżawiony – umowa najmu/dzierżawy,
3. Wypełniony formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*.
4. Zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy i poprzedzające go dwa lata podatkowe oraz informację o innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych.
5. Inne dokumenty wymienione we wniosku Wn-W.

Wszystkie kserokopie dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub inną osobę upoważnioną do reprezentowania pracodawcy.