***Załącznik nr 2 do Regulaminu Konkursu w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej w ramach środków PFRON***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wn-W** | | **Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Podstawa prawna:** | | **Art. 26e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych** (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Składający1:** | | **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. Wniosek1** | | | | |  | | **2. Numer akt** | | | | | | | |  | | **3. Data wpływu** | | | | | | |  |
|  | **1. Zwykły** | | **2. Korygujący** | | |  | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Część I** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **B. Dane ewidencyjne składającego** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **B1. Dane ewidencyjne i adres składającego** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **4. Imię (imiona) i nazwisko składającego** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **5. NIP** | | | | **6. PKD** | |  |
|  | **7. Województwo** | | | | | | | | **8. Miejscowość** | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **9. Kod pocztowy** | | | **10. Poczta** | | | | | **11. Ulica** | | | | | | | | **12. Nr domu** | | | | | **13. Nr lokalu** | | |  |
|  | **14. Telefon2** | | | | **15. Faks2** | | | | | | | | **16. E-mail** | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **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. Telefon2** | | | | **23. Faks2** | | | | | | | | **24. E-mail** | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **B3. Dodatkowe informacje** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **25. Nazwa banku** | | | | | | | | | | **26. Numer rachunku bankowego** | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **27. Krótki opis dotychczasowej działalności** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy3** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **28. Wnioskowana kwota ogółem** | | | | | | | | | | | **29. Forma zabezpieczenia** | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **D. Analiza finansowa składającego (1)4** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **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**  **Kapitał własny** | | | | | | **Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy** | | | | | | | | **Ostatni rok obrotowy** | | | | | **Bieżący rok** | | | | |  |
|  |  | | | | | | 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. | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Wn-W (I)** | | | **1/2** |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D. Analiza finansowa składającego (2)** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **69. Zobowiązania budżetowe** | | **70. Inne zobowiązania** | | | **71. Kwota kredytów bankowych** | | | **72. Nazwa banku** | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **E. Dane dotyczące stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **E1. Charakterystyka stanowiska pracy5** | | | | | | | | | | | | |  |
| **73. Nazwa stanowiska pracy** | | **74. Lokalizacja stanowiska pracy** | | | | | | | | | | |
| **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** | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **E2. Informacje o wyposażeniu stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej** | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **Lp.** | **Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy** | | | **Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy do refundacji** | | **Zmianowość6** | **Liczba osób do obsługi7** | **Wymiar czasu pracy8** | **Koszty wyposażenia stanowiska pracy9** | | **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. | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **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,**  **◼  toczy się /**  **nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,**  **Do wniosku załączam:**  **◼ aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w bloku B,**  **◼ odpowiednio: bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata10 obrotowe - w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach - roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata10, wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego,**  **◼ aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, zdolności kredytowej, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych.**  **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** | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | **Wn-W (I)** | | **2/2** | |
| 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.  10 W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy.  Wyrażam zgodę na przetwarzanie wszelkich danych uzyskanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Skierniewicach dotyczących mojej firmy, w tym również danych dotyczących informacji opisanych w art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016N, poz. 922 z póź. zm.), w związku z ubieganiem się o pomoc publiczną w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych.    ......................................................................  czytelny podpis i pieczątka wnioskodawcy  **Załączniki:**   1. Wymienione we wniosku WN-W na str 2. 2. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis,**[druk dostępny na stronie Urzędu -** [**www.skierniewice.praca.govpl**](http://www.skierniewice.praca.govpl)**]** 3. Zestawienie o otrzymanej pomocy de minimis lub oświadczenie o nieotrzymaniu pomocy de minimis obejmujące bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go dwa lata kalendarzowe wraz z kserokopiami zaświadczeń o uzyskanej pomocy. 4. Dokumenty dotyczące zabezpieczenia zwrotu otrzymanej refundacji. 5. Oświadczenie wnioskodawcy o:  * Zobowiązaniu się do zatrudnienia osoby niepełnosprawnej * Nie byciu karanym za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu * Stanie zatrudnienia | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |