***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** |
| **Podstawaprawna:** | **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 nawyposażonym stanowiskupracy** | **76. Wymagane kwalifikacjei umiejętności pracownikaniepełnosprawnego** | **77. Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych** | **78. Rodzaj i stopień niepełnosprawności osób,które mogą wykonywać pracęna wyposażonymstanowisku** |
|  |
|  | **E2. Informacje o wyposażeniu stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej** |  |
|  | **Lp.** | **Wyszczególnieniewyposażenia stanowiska pracy** | **Wyszczególnieniewyposażenia stanowiska pracydo refundacji** | **Zmianowość6** | **Liczba osóbdo obsługi7** | **Wymiarczasu pracy8** | **Koszty wyposażenia stanowiska pracy9** | **Kwotado 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 FunduszPracy 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 skarbowylub 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 zeznanienieprawdy 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 zarejestrowanychosób 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

  |
|  |
|  |
|  |
|  |