



**POWIATOWY URZĄD PRACY w ZABRZU**  
41-800 Zabrze, plac Krakowski 9  
telefon: 32 277 90 00 faks: 32 277 90 49  
www.pupzabrze.pl sekretariat@pupzabrze.pl



Załącznik numer 2 do Regulaminu w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej przez Powiatowy Urząd Pracy w Zabrzu

Zabrze, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(pieczęć firmowa wnioskodawcy)

## **POWIATOWY URZĄD PRACY W ZABRZU**

### **DODATKOWY ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU WN-W O PRYZNANIE REFUNDACJI KOSZTÓW WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

#### **Na zasadach określonych w:**

- ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1409 z późn. zm.)
- ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.),
- rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 93 z późn. zm.),
- ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 708),
- 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),
- 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).

#### **Pouczenie:**

1. **Przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z „Regulaminem w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej przez Powiatowy Urząd Pracy w Zabrzu”, który dostępny jest na stronie internetowej [zabrze.praca.gov.pl](http://zabrze.praca.gov.pl).**
2. **Na wszystkie zawarte we wniosku pytania należy udzielić precyzyjnej odpowiedzi, ponieważ będą one podstawą do rozpatrzenia wniosku.**
3. **Wniosek należy wypełnić czytelnie. Wszystkie pozycje we wniosku muszą zostać wypełnione, w przypadku gdy informacje zawarte w danym punkcie nie dotyczą wnioskodawcy należy wpisać „nie dotyczy”, „brak” lub „nie posiadam”.**
4. **Wniosek należy złożyć z kompletem dokumentów.**
5. **Wnioski wypełnione nieczytelnie, niekompletne, niezawierające wymaganych informacji, nie będą rozpatrywane, w przypadku ich niezuzupełnienia we wskazanym terminie.**
6. **Złożony wniosek wraz z załączonymi dokumentami nie podlega zwrotowi.**
7. **Wniosek może być uwzględniony tylko w przypadku, gdy jest kompletny oraz prawidłowo sporządzony, a Urząd dysponuje środkami na jego sfinansowanie.**
8. **Fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania refundacji, a od negatywnego stanowiska Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Zabrzu nie przysługuje odwołanie.**

## **I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

1. Nazwa wnioskodawcy: \_\_\_\_\_
2. Adres siedziby: \_\_\_\_\_
3. Miejsce prowadzenia działalności: \_\_\_\_\_
4. Numer telefonu: \_\_\_\_\_ adres e-mail: \_\_\_\_\_
5. NIP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ REGON: \_\_\_\_\_ KRS \_\_\_\_\_
6. Forma prawna prowadzonej działalności: \_\_\_\_\_
7. Czy wnioskodawca jest płatnikiem podatku VAT (*proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem x*):
- TAK
- NIE
8. Czy wnioskodawca może obniżyć kwotę podatku należnego o podatek naliczony (*proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem x*):
- TAK
- NIE, ze względu na wyłączenie możliwości odliczenia podatku naliczonego wynikające z przepisów prawa (*proszę podać podstawę prawną*) \_\_\_\_\_
8. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności: \_\_\_\_\_ PKD (przeważające): \_\_\_\_\_
9. Rodzaj prowadzonej działalności i krótki jej opis: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
10. Imię, nazwisko i stanowisko osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
11. Dane osoby odpowiedzialnej do przeprowadzenia naboru pracowników:
- Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_
- Stanowisko: \_\_\_\_\_ Numer telefonu: \_\_\_\_\_
12. Stan zatrudnienia\* na dzień złożenia wniosku (liczba pracowników ogółem w przeliczeniu na pełny etat):
- \_\_\_\_\_

\* zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą regulowane przepisami Kodeksu Pracy

13. Stan zatrudnienia w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku:

Lp.	Miesiąc i rok	Liczba osób zatrudnionych w poszczególnych miesiącach	
		ogółem	w tym niepełnosprawnych
1.	Wrzesień 2020		
2.	Sierpień 2020		
3.	Lipiec 2020		
4.	Czerwiec 2020		
5.	Maj 2020		
6.	Kwiecień 2020		
7.	Marzec 2020		
8.	Luty 2020		
9.	Styczeń 2020		
10.	Grudzień 2019		
11.	Listopad 2019		
12.	Październik 2019		
<b>Średnia z 12 miesięcy</b>			

Uzasadnienie zmian kadrowych w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

---

---

---

## II. DANE DOTYCZĄCE TWORZONYCH STANOWISK PRACY

1. Liczba planowanych do wyposażenia stanowisk pracy: \_\_\_\_\_
2. Przewidywany termin zatrudnienia: \_\_\_\_\_
3. Adres miejsca tworzonych stanowisk pracy: \_\_\_\_\_
4. Wnioskowana kwota refundacji: \_\_\_\_\_
5. Dane dotyczące kwalifikacji, umiejętności i doświadczenia zawodowego oraz rodzaju pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowaną osobę niepełnosprawną:

Lp.	Charakterystyka stanowiska pracy
1.	<b>Nazwa stanowiska pracy</b> (zgodnie z klasyfikacją zawodów*):
2.	<b>Liczba tworzonych miejsc pracy:</b>
3.	<b>Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy jakie powinna posiadać skierowana osoba niepełnosprawna</b> (wykształcenie, zawód, doświadczenie zawodowe, uprawnienia, kursy):
4.	<b>Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowaną osobę niepełnosprawną:</b>
5.	<b>Proponowane wynagrodzenie brutto:</b>

Lp.	Charakterystyka stanowiska pracy
1.	<b>Nazwa stanowiska pracy</b> (zgodnie z klasyfikacją zawodów*):
2.	<b>Liczba tworzonych miejsc pracy:</b>
3.	<b>Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy jakie powinna posiadać skierowana osoba niepełnosprawna</b> (wykształcenie, zawód, doświadczenie zawodowe, uprawnienia, kursy):
4.	<b>Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowaną osobę niepełnosprawną:</b>
5.	<b>Proponowane wynagrodzenie brutto:</b>

\* klasyfikacja zawodów dostępna na stronie internetowej: <http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow>

6. Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej: (w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii):

Nazwa stanowiska pracy: \_\_\_\_\_

Lp.	Wyszczególnienie	Środki własne (w zł)	Środki z dofinansowania (w zł)	Inne źródła finansowania (w zł)	Razem (w zł)
<b>RAZEM:</b>					

**W przypadku wnioskowania o refundację dla kilku stanowisk, proszę o przygotowanie oddzielnej specyfikacji dla każdego stanowiska pracy.**

- Zamierzam kupić rzeczy nowe / używane\*
- Zamierzam kupić rzeczy w kraju / za granicą\*

\_\_\_\_\_  
 podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

\* niepotrzebne skreślić



### **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. Oświadczenie wnioskodawcy – **załącznik nr 1.**
2. Aktualny wydruk z rejestru CEIDG, lub z Krajowego Rejestru Sądowego lub inne dokumenty potwierdzające oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności. W przypadku spółek cywilnych dodatkowo umowa spółki cywilnej.
3. Pełnomocnictwo do reprezentowania wnioskodawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu. Pełnomocnictwo nie jest wymagane jeżeli osoba podpisująca wniosek i umowę jest upoważniona do reprezentowania wnioskodawcy w odnośnym dokumencie rejestrowym.
4. Odpowiednio: bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczony przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego.
5. Aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych.
6. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis – **załącznik nr 2.**
7. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
8. Zgłoszenie krajowej oferty pracy (należy wypełnić oddzielnie dla każdego stanowiska pracy).

### **INFORMACJA O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH**

**Zgodnie z art. 13** Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) **Powiatowy Urząd Pracy w Zabrze, Plac Krakowski 9, 41-800 Zabrze** informuje, iż jest:

1. Administratorem przekazanych przez Państwa danych osobowych.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: iod@pupzabrze.pl.
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy – na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
4. Odbiorcami danych osobowych będą: sądy, ministerstwa, wojewoda, gminy, starostwa, PIP, NIK, komornik, policja, organy skarbowe, prokuratura.
5. Dane osobowe przechowywane będą przez okres 6 lat lub w oparciu o uzasadniony interes realizowany przez administratora.
6. Podmioty przetwarzania danych posiadają prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
7. Podmiot przetwarzania danych ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego jeśli jego zdaniem, przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.
8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową zawarcia umowy.
9. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

**Wyrażam(y) zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów związanych z wykonywaniem zadań Powiatowego Urzędu Pracy w Zabrze.**

**Oświadczam(y), że wszystkie informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z rzeczywistym stanem faktycznym.**

**Wiarygodność informacji podanych we wniosku i załączonych do niego dokumentach potwierdzam(y) własnoręcznym podpisem.**

---

podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej  
do reprezentowania wnioskodawcy

## OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

1. **zobowiązuję się** do zatrudniania osoby niepełnosprawnej przez okres co najmniej 36 miesięcy,
2. **prowadzę działalność** przez okres co najmniej 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku o refundację,
3. **zatrudniam** co najmniej jednego pracownika w dniu złożenia wniosku,
4. **nie posiadam** w dniu złożenia wniosku zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
5. **nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
6. **nie toczy się** w stosunku do mnie postępowanie upadłościowe oraz nie zgłosiłem(am) wniosku o likwidację,
7. **nie 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 2020 r., poz. 1444) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2020 r. poz. 358 z późn. zm.),
8. **otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)\*** pomoc(y) de minimis w roku bieżącym i w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych (w przypadku otrzymania pomocy de minimis należy do wniosku dołączyć zaświadczenia potwierdzające jej otrzymanie lub oświadczenie o wysokości otrzymanej pomocy),
9. zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Zabrze, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy, ulegnie zmianie stan faktyczny lub prawny wskazany we wniosku,
10. zapoznałem(am) się i spełniam warunki refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej określone w:
  - rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 93 z późn. zm.),
  - 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),
  - regulaminie ws. zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej przez Powiatowy Urząd Pracy w Zabrze z dnia 15.04.2019 r.

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Prawdziwość informacji zawartych w niniejszym oświadczeniu potwierdzam(y) własnoręcznym podpisem.

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej  
do reprezentowania wnioskodawcy

*\* niepotrzebne skreślić*

Na podstawie ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej oraz Rozporządzenia 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).

\_\_\_\_\_  
(pieczęć firmowa wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz 2 poprzedzających go lat podatkowych *(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem x)*:

- nie otrzymałem(am) środków stanowiących pomoc de minimis
  
- otrzymałem(am) środki stanowiące pomoc de minimis w łącznej wysokości \_\_\_\_\_ zł,  
słownie: \_\_\_\_\_, co stanowi  
\_\_\_\_\_ euro, słownie: \_\_\_\_\_

Jestem świadomy(a) faktu, iż złożenie nieprawdziwych oświadczeń we wniosku i w załączonych do niego dokumentach w powyższym zakresie stanowi podstawę do rozwiązania zawartej umowy i żądanie zwrotu wypłaconej kwoty.

\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej  
do reprezentowania wnioskodawcy