



*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)

ADNOTACJA PUP ZABRZE	
NR WNIOSKU	CIRZ.III.636. .... .22

## POWIATOWY URZĄD PRACY W ZABRZU

### **DODATKOWY ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU WN-W O PRZYZNANIE 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,
- ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej,
- ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej,
- 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,
- 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.

#### **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. **Nie należy usuwać elementów wniosku.**
4. **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”.**
5. **Wniosek należy złożyć z kompletem dokumentów.**
6. **Wnioski wypełnione nieczytelnie, niekompletne, niezawierające wymaganych informacji, nie będą rozpatrywane, w przypadku ich nieuzupełnienia we wskazanym terminie.**
7. **Złożony wniosek wraz z załączonymi dokumentami nie podlega zwrotowi.**
8. **Wniosek może być uwzględniony tylko w przypadku, gdy jest kompletny oraz prawidłowo sporządzony, a Urząd dysponuje środkami na jego sfinansowanie.**
9. **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. Adres do korespondencji: \_\_\_\_\_
4. Miejsce prowadzenia działalności: \_\_\_\_\_
5. Numer telefonu: \_\_\_\_\_ adres e-mail: \_\_\_\_\_
6. NIP: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ REGON: \_\_\_\_\_ KRS \_\_\_\_\_
7. Forma prawna prowadzonej działalności: \_\_\_\_\_
8. Czy wnioskodawca jest płatnikiem podatku VAT (*proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem x*):
- TAK
- NIE
9. 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*) \_\_\_\_\_
10. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności: \_\_\_\_\_ PKD (przeważające): \_\_\_\_\_
11. Rodzaj prowadzonej działalności i krótki jej opis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Dane osoby do kontaktu z PUP:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Stanowisko: \_\_\_\_\_ Numer telefonu: \_\_\_\_\_

13. Stan pracowników zatrudnionych\* na dzień złożenia wniosku ogółem: \_\_\_\_\_, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy: \_\_\_\_\_.

\* Pracownikiem zgodnie z Kodeksem Pracy jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę (bez umów cywilno – prawnych np. umów zlecenie).

14. 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.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
<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. Miejsce wykonywania pracy (dokładny adres):  
\_\_\_\_\_
4. Wnioskowana kwota refundacji: \_\_\_\_\_
5. Dane dotyczące kwalifikacji, umiejętności i doświadczenia zawodowego oraz rodzaju pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowaną osobę niepełnosprawną:

***UWAGA!! informacje zawarte w „charakterystyce stanowiska pracy” powinny być tożsame z informacjami zawartymi w zgłoszeniu krajowej oferty pracy dołączonej do wniosku***

Lp.	Charakterystyka stanowiska pracy
1.	Nazwa stanowiska pracy: _____
1a.	Nazwa stanowiska pracy zgodnie z klasyfikacją zawodów*: _____
2.	Liczba tworzonych miejsc pracy:
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>Wymiar czasu pracy:</b>

**UWAGA! W przypadku ubiegania się o większą ilość tworzonych stanowisk pracy należy wypełnić „charakterystykę stanowiska pracy” osobno dla każdego stanowiska.  
W sytuacji, gdy stanowiska są tożsame należy wpisać odpowiednią liczbę tworzonych miejsc pracy.**

\* 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 i kalkulacja 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)	Zakupy nowe/używane*	Razem (w zł)
<b>RAZEM:</b>				<b>x</b>	

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

**\*UWAGA!** W przypadku planowania zakupów za granicą, a także w przypadku planowania zakupu rzeczy używanych, wymagana jest wcześniejsza zgoda Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Zabrze. W celu uzyskania zgody Dyrektora PUP proszę o złożenie pisemnej prośby wraz z podaniem uzasadnienia.

\_\_\_\_\_ data

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



### **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. **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 lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary,
8. 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,
  - 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,
  - regulaminie ws. zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej przez Powiatowy Urząd Pracy w Zabrze z dnia 11.04.2022 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*

---

(pieczęć firmowa wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE**

o wielkości otrzymanej pomocy de minimis lub nieotrzymaniu pomocy de minimis  
oraz  
o otrzymaniu lub nieotrzymaniu pomocy publicznej innej niż de minimis

1. Oświadczam, iż zgodnie z ustawą z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat:  
(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem x):
  - otrzymałem(am) środki stanowiące pomoc de minimis **o łącznej wartości .....** zł,  
**stanowiącą równowartość: .....** euro.
  - nie otrzymałem(am) środków stanowiących pomoc de minimis
2. Oświadczam, iż (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem x):
  - otrzymałem(am) pomoc publiczną inną niż de minimis odnoszącą się do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc de minimis.
  - nie otrzymałem(am) pomocy publicznej innej niż de minimis odnoszącej się do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc de minimis.
3. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.
4. Jestem świadomy(a) faktu, iż złożenie nieprawdziwych oświadczeń we wniosku oraz 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