

## **SPIS DOKUMENTÓW DO WNIOSKU (Wn-W) o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej:**

1. Załącznik nr 1 - Dane dotyczące wnioskodawcy i przedmiotu refundacji,
2. Załącznik nr 2 - Oświadczenie Pracodawcy,
3. Załącznik nr 3 - Oświadczenie składane w przypadku, gdy wnioskodawcą jest osoba fizyczna pozostająca w związku małżeńskim i między małżonkami istnieje ustawowa wspólność małżeńska,
4. Załącznik nr 4 - Oświadczenie poręczyciela składane w przypadku wyboru jako formy zabezpieczenia poręczenia lub weksla z poręczeniem wekslowym,
5. Krajowa oferta pracy,
- 6. Załączniki wymienione w formularzu Wn-W,**
7. Dokumenty poświadczające podstawę i formę prawną działania (kopie potwierdzone przez wnioskodawcę za zgodność z oryginałem):
  - dokumenty rejestrowe w przypadku ich braku w publicznie dostępnych urzędowych rejestrach elektronicznych (aktualne, tj. nie starsze niż 3 miesiące),
  - dokumenty założycielskie wraz ze zmianami,
8. Dokumenty potwierdzające uzyskanie przez wnioskodawcę niezbędnych pozwoleń do prowadzenia działalności (np.: koncesja, pozwolenie, licencja, certyfikat) w przypadku, gdy wymaga tego przepis prawa – (kopia potwierdzona przez wnioskodawcę za zgodność z oryginałem),
9. Dokument potwierdzający formę i okres użytkowania miejsca/lokalu, w którym zostanie utworzone stanowisko pracy osoby niepełnosprawnej (tytuł prawny)
  - a) lokal własny – akt własności,
  - b) lokal wynajęty – umowa najmu / dzierżawy,
10. Umowa rachunku bankowego wnioskodawcy wskazanego w formularzu Wn-W lub zaświadczenie o numerze rachunku wydane przez bank,
11. Oferty handlowe firm na wszystkie planowane w ramach refundacji zakupy,
12. Pisemne upoważnienie wnioskodawcy dla osoby wskazanej w Załączniku nr 1 do wniosku Wn-W jako osoba uprawniona do reprezentowania wnioskodawcy w PUP w Sulęcinie w sprawach związanych z wnioskiem o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej – notarialne lub podpisane w obecności pracownika PUP w Sulęcinie bądź innej osoby upoważnionej do potwierdzenia wiarygodności podpisu (np.: radca prawny, adwokat, pracownik administracji państwowej lub samorządowej). Upoważnienie winno zawierać ściśle określony zakres udzielonego pełnomocnictwa – oryginał,
13. Inne dokumenty wskazane przez Urząd związane z wnioskiem o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (np.: uchwała zarządu spółki, statut wnioskodawcy, umowy o współpracy z siecią franczyzową, licencje, dokument potwierdzający rozdzielenie majątkową wnioskodawcy/poręczyciela, sentencja wyroku sądowego o rozwodzie wnioskodawcy/poręczyciela, akt zgonu współmałżonka wnioskodawcy/ poręczyciela),
14. Zaświadczenia o otrzymanej pomocy de minimis, jakie wnioskodawca otrzymał w roku, w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat, albo oświadczenie o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie albo oświadczenie o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie,
15. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

**Formularze i oświadczenia dotyczące pomocy publicznej dostępne są na stronie [www.pupsulecin.pl](http://www.pupsulecin.pl) w dziale pobierz → dla wnioskodawców pomocy publicznej.**

UWAGA!

**Przy ustalaniu wartości pomocy udzielonej wnioskodawcy uwzględnia się także sumę wartości pomocy udzielonej przedsiębiorstwom powiązanym.**

Dyrektor Urzędu zastrzega sobie prawo żądania dodatkowej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia wniosku.

Kserokopie wszystkich wymaganych dokumentów wymagają potwierdzenia za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę lub osobę uprawnioną do reprezentacji wnioskodawcy, zgodnie z dokumentem rejestrowym.

**Rozpatrzenie wniosku następuje w terminie 30 dni od dnia złożenia KOMPLETNEGO WNIOSKU, jednak nie wcześniej niż w dniu podjęcia przez radę powiatu uchwały, o której mowa w art.35a ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Uwzględniane są tylko wnioski kompletne i prawidłowo sporządzone.**

Pouczenie:

**Wnioskodawca, który spełnia warunki ujęte w definicji „jednego przedsiębiorstwa” w rozumieniu art. 2 ust. 2 rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz.Urz. UE L 352/1 z dnia 24.12.2013), składa do wniosku oświadczenie o wielkości pomocy de minimis jaką otrzymały wszystkie powiązane jednostki gospodarcze w bieżącym roku podatkowym oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat.**

Do celów ww. rozporządzenia „jedno przedsiębiorstwo” obejmuje wszystkie jednostki gospodarcze, które są ze sobą powiązane co najmniej jednym z następujących stosunków:

- a. jedna jednostka gospodarcza posiada w drugiej jednostce gospodarczej większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków;
- b. jedna jednostka gospodarcza ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innej jednostki gospodarczej;
- c. jedna jednostka gospodarcza ma prawo wywierać dominujący wpływ na inną jednostkę gospodarczą zgodnie z umową zawartą z tą jednostką lub postanowieniami w jej akcie założycielskim lub umowie spółki;
- d. jedna jednostka gospodarcza, która jest akcjonariuszem lub wspólnikiem w innej jednostce gospodarczej lub jej członkiem, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub członkami tej jednostki, większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków tej jednostki.

Jednostki gospodarcze pozostające w jakimkolwiek ze stosunków, o których mowa w akapicie pierwszym lit. a.-d., za pośrednictwem jednej innej jednostki gospodarczej lub kilku innych jednostek gospodarczych również są uznawane za jedno przedsiębiorstwo.

Wnioskodawca, który w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat powstał w wyniku połączenia, przejęcia lub podziału przedsiębiorstw, składa do wniosku oświadczenie o wielkości pomocy de minimis jaką otrzymały wszystkie połączone lub przejęte przedsiębiorstwa w bieżącym roku podatkowym oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat a w przypadku podziału na co najmniej dwa osobne przedsiębiorstwa oświadczenie o wielkości pomocy de minimis udzielonej przedsiębiorstwu przed podziałem w okresie, o którym mowa wyżej.

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY I PRZEDMIOTU REFUNDACJI

## I. OZNACZENIE WNIOSKODAWCY

1. Pełna nazwa zgodna z dokumentami rejestrowymi, a w przypadku osoby fizycznej imię i nazwisko oraz numer PESEL

.....  
 .....

W przypadku wykonywania samodzielnie działalności lub w formie spółki cywilnej prosimy o przygotowanie informacji o każdym współwłaścicielu wg następującego schematu:		
	Właściciel	Współmałżonek właściciela
Imię i Nazwisko		
Adres zamieszkania		
Data i miejsce urodzenia		
PESEL		
Imiona rodziców		
Seria i nr dowodu osobistego		

Imię i nazwisko, nazwa stanowiska służbowego, nr PESEL, seria i nr dowodu osobistego, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy osoby uprawnionej\* do reprezentowania, podejmowania decyzji wiążących w stosunku do wnioskodawcy, zaciągania w jego imieniu zobowiązań i podpisywania umów

\*Uprawnienie musi wynikać z dokumentów przedłożonych do wniosku: (KRS, pełnomocnictwo, upoważnienie notarialne)

.....  
 .....

Imię i nazwisko, nazwa stanowiska służbowego oraz telefon kontaktowy osoby upoważnionej do kontaktów z Powiatowym Urzędem Pracy w Sulęcinie w sprawach związanych z wnioskiem o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, odpowiedzialnej ze strony wnioskodawcy za realizację umowy o zrefundowanie poniesionych kosztów wyposażenia stanowiska pracy w związku z zatrudnieniem osoby niepełnosprawnej

.....

2. Adres do korespondencji

.....

3. Podstawa prawna działalności gospodarczej (nawa rejestru i numer wpisu do rejestru)

.....

4. Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności (działalność wykonywana samodzielnie, spółka cywilna, spółka jawna, partnerska, komandytowa, komandytowo-akcyjna, spółka z o.o., spółka akcyjna)

.....

5. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej .....
6. Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej, w ramach której zostanie wyposażone stanowisko pracy osoby niepełnosprawnej, w związku z wnioskowana refundacją (opis i symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności PKD)
- .....
- .....
7. Czy działalność prowadzona jest w sektorze transportu drogowego\*: TAK / NIE <sup>1</sup>

\*Odpowiedź przeczącą należy zaznaczyć w przypadku, gdy:

- beneficjent pomocy de minimis w ogóle nie prowadzi działalności gospodarczej w sektorze transportu drogowego albo
  - prowadząc jednocześnie działalność gospodarczą w sektorze transportu drogowego oraz inną działalność gospodarczą, posiada on rozdzielną rachunkową działalność prowadzoną w sektorze transportu drogowego zapobiegającą ewentualnym przypadkom subsydiów krzyżowych, a udzielona pomoc de minimis przeznaczona jest wyłącznie na działalność inną niż działalność w sektorze transportu drogowego.
- Rozdzielną rachunkową określoną działalność gospodarczej polega na prowadzeniu odrębnej ewidencji dla tej działalności gospodarczej oraz prawidłowym przypisywaniu przychodów i kosztów na podstawie konsekwentnie stosowanych i mających obiektywne uzasadnienie metod, a także określeniu w dokumentacji, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 1047 z późniejszymi zmianami), zasad prowadzenia odrębnej ewidencji oraz metod przypisywania kosztów i przychodów.

## II. DANE O PRZEDMIOCIE REFUNDACJI

1. Liczba wnioskowanych stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych .....
2. Rodzaj (nazwa) stanowiska(-sk) pracy, które zostanie(-a) utworzone dla osoby(-ób) niepełnosprawnej(-ych)
- .....
- .....
- .....
3. Lokalizacja zakładu, w którym zostanie(-a) utworzone stanowisko(-a) pracy dla osoby(-ób) niepełnosprawnej(-ych) (dokładny adres miejsca położenia stanowiska(-sk) pracy - wykonywania pracy oraz dokładny opis miejsca, gdzie będą znajdowało się wyposażenie zakupione w ramach przyznanych środków
- .....
- .....
- .....
- .....
4. Przewidywany termin wyposażenia stanowiska(-sk) pracy dla osoby(-ób) niepełnosprawnej(-ych)
- .....
- .....
5. Szczegółowa specyfikacja wydatków\* dotyczących kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (sporządzona w oparciu o oferty handlowe), 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. Kalkulacja wydatków i źródła ich finansowania.

\*W przypadku ubiegania się o refundację kosztów wyposażenia **więcej niż jednego stanowiska pracy** osoby niepełnosprawnej, **strony 6 - 8 należy rozpisać odrębnie** dla każdego stanowiska pracy.

**UWAGA – WAŻNE:**

**Zakupy umieszczone w szczegółowej specyfikacji muszą być związane bezpośrednio i jednoznacznie ze stanowiskiem pracy osoby niepełnosprawnej oraz opisane w sposób jasny i zrozumiały - z określeniem rodzaju i przeznaczenia sprzętu.**

**Wnioskodawca dołącza do wniosku szczegółowe oferty handlowe firm na wszystkie planowane w ramach refundacji zakupy**, tj. dokumenty sporządzone przez podmiot gospodarczy (sprzedawcę) zawierające min. informacje dotyczące: nazwy, adresu i danych kontaktowych firmy, szczegółowej nazwy oferowanego towaru wraz modelem i marką, ceny brutto, daty wystawienia i podpisu osoby wystawiającej ofertę oraz w szczególnych przypadkach sposobu finansowania i transportu. Oferty dotyczące zestawów powinny zawierać również szczegółowe informacje dotyczące elementów składowych. W przypadku zakupu sprzętu używanego lub na zasadach leasingu, dodatkowo taka informacja musi być zawarta w ofercie. Możliwe jest dołączenie ofert handlowych pochodzących ze sklepów internetowych. Oferty powinny być wybrane w sposób racjonalny i przemyślany a także oszczędny i celowy. Zawarte w nich kwoty nie mogą odbiegać od cen rynkowych i zawierać ukrytych kosztów. W przypadku planowanego zakupu mebli na refundowane stanowisko pracy, dołączone do wniosku oferty handlowe powinny zawierać zdjęcia wszystkich mebli lub ich wizualizację. Narzędzia i drobny sprzęt, których jednostkowa rynkowa cena zakupu wynosi mniej niż 5000 zł winny być zakupione jako fabrycznie nowe, nie używane.

Stanowisko pracy nr ..... nazwa stanowiska pracy .....

Wyszczególnienie planowanych zakupów (szczegółowa nazwa / rodzaj / model / marka maszyn i urządzeń, sprzętu, narzędzi, oprogramowania, itp.)		Liczba sztuk	Cena jednostkowa brutto w PLN	Całkowita wartość brutto w PLN dla jednego stanowiska	określenie pochodzenia zakupów		Źródła finansowania wyposażanego stanowiska pracy		
					nowy	używany	Środki własne lub/i inne źródła finansowania		Środki PFRON w PLN
							podać źródło	kwota brutto w PLN	
lp.	sprzęt / rzecz								
(Łączna kwota brutto kosztów wyposażenia jednego stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej podlegająca refundacji) RAZEM									
Planowany termin zakupu									

6. Uzasadnienie do planowanych wydatków w ramach refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej\*

Stanowisko pracy nr ..... nazwa stanowiska pracy .....

lp.	sprzęt / rzecz (pozycje winny być wyszczególnione wg tabeli umieszczonej na stronie 6)	<b>UZASADNIENIE ZAKUPU - pod kątem tworzonego stanowiska pracy</b> (należy opisać do czego będą wykorzystywane poszczególne planowane zakupy uwzględnione w harmonogramie wydatków w ramach tworzonego stanowiska). UWAGA: Pole wypełniane <u>obowiązkowo</u> dla każdego wskazanego w kolumnie 2 zakupu. Dodatkowo należy uzasadnić zakup rzeczy używanej oraz nabywanej na zasadach leasingu.

7. Dane dotyczące kwalifikacji i rodzaju pracy wykonywanej przez skierowaną osobę niepełnosprawną\*

Stanowisko pracy nr ..... nazwa .....

Charakterystyka nowotworzonego stanowiska pracy		
nazwa zawodu		
kod zawodu**		
Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinna posiadać osoba niepełnosprawna***		
	konieczne	preferowane (mile widziane)
poziom i kierunek wykształcenia:		
uprawnienia:		
umiejętności		
doświadczenie zawodowe:		
znajomość języków obcych		
inne (jakie?)		
Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez osobę niepełnosprawną		
ogólny zakres obowiązków  (opis głównych zadań wykonywanych na tworzonym stanowisku pracy)		
miejsce położenia stanowiska pracy		

\*\* kod zawodu zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2014 r. poz.1145 z późniejszymi zmianami) i załączoną do wniosku krajową ofertą pracy,

\*\*\* określone w przepisach wydanych na podstawie art. 35 ust.5 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 645 z późniejszymi zmianami).

Proponowany kandydat do zatrudnienia w ramach refundacji (proszę podać nazwisko i imię osoby niepełnosprawnej i numer PESEL)

.....

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa dobór kandydata do pracy dokonywany jest przez pośrednika pracy na podstawie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osoby niepełnosprawnej pod kątem złożonej oferty.



8. Inne istotne informacje z punktu widzenia wnioskodawcy, pomocne podczas oceny wniosku

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

Niniejszy wniosek oraz oświadczenia i inne wymagane dokumenty stanowiące załączniki do wniosku składam, będąc świadomy(-a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 Kodeksu karnego (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 1137 z późniejszymi zmianami), które stanowią:

§1 - „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”;

§ 6 - „Przepisy § 1 (...) stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej”.

.....  
Główny księgowy lub osoba uprawniona do prowadzenia  
dokumentacji finansowej wnioskodawcy

.....  
Pieczęć i podpis wnioskodawcy lub osób uprawnionych do reprezentowania  
wnioskodawcy

.....  
miejsowość, data

## OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

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

Wnioskodawca  
 (nazwa lub imię i nazwisko, siedziba lub miejsce zamieszkania)

Oświadczam, że:

1. na dzień złożenia wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej jestem Pracodawcą, a stan zatrudnienia pracowników wynosi ogółem ....., w tym w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na dzień złożenia wniosku: ....., (zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego lub umowy o pracę nakładczą);
2. zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Urzędu o wszelkich zwrotach z tytułu odliczonego podatku akcyzowego oraz innych zwrotów związanych z wydatkami objętymi refundacją kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej;
3. ubiegam / nie ubiegam<sup>1</sup> się o środki finansowe na to samo przedsięwzięcie z innego źródła;
4. prowadzę / nie prowadzę<sup>1</sup> działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, przez okres 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, z tym że do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej;
5. nie zalegam / zalegam<sup>1</sup> w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie i w pełnej wysokości należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
6. nie zalegam / zalegam<sup>1</sup> w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
7. nie posiadam / posiadam<sup>1</sup> w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
8. byłem(-am) karany(-a) / nie byłem(-am) karany(-a)<sup>1</sup> w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 1137 z późniejszymi zmianami) lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 1541);
9. przysługuje / nie przysługuje<sup>1</sup> mi prawo do odliczenia lub zwrotu, zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 710 z późniejszymi zmianami) równowartości podatku naliczonego dotyczącego zakupionych towarów i usług w ramach przyznanej refundacji;
10. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku:
  - a. zostałem / nie zostałem<sup>1</sup> ukarany za naruszenie przepisów prawa pracy,
  - b. zostałem / nie zostałem<sup>1</sup> skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy,
  - c. jestem / nie jestem<sup>1</sup> objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
11. jestem / nie jestem<sup>1</sup> pracodawcą, na którym ciąży obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy;
12. jest / nie jest<sup>1</sup> prowadzone w stosunku do mnie postępowanie upadłościowe ani likwidacyjne oraz nie został złożony wniosek o otwarcie postępowania upadłościowego ani likwidacyjnego;
13. pomoc, o którą wnoszę łącznie z inną pomocą ze środków publicznych, niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym ze środków z budżetu Unii Europejskiej, udzielona w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych nie spowoduje przekroczenia dopuszczalnej intensywności pomocy określonej dla danego przeznaczenia;

14. spełniam / nie spełniam<sup>1</sup> warunków ujętych w definicji „jednego przedsiębiorstwa” zawartej w art. 2 ust. 2 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). Zapoznałem się z definicją „jednego przedsiębiorstwa”, która została określona w pouczeniu;
15. W ciągu bieżącego roku oraz w okresie dwóch poprzedzających lat podatkowych podmiot, który reprezentuję:
  - a. powstał / nie powstał<sup>1</sup> wskutek połączenia się co najmniej dwóch przedsiębiorstw,
  - b. przejął / nie przejął<sup>1</sup> innego przedsiębiorcę,
  - c. powstał / nie powstał<sup>1</sup> w wyniku podziału innego przedsiębiorcy na co najmniej dwóch przedsiębiorców;
16. spełniam / nie spełniam<sup>1</sup> warunki do otrzymania pomocy de minimis określone w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 w sprawie stosowania artykułu 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352/1 z 24.12.2013 r.);
17. spełniam / nie spełniam<sup>1</sup> warunki do otrzymania pomocy de minimis w rolnictwie określone w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 w sprawie stosowania artykułu 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352/9 z 24.12.2013 r.) albo we właściwych przepisach Unii Europejskiej dotyczących pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury;
18. zapoznałem(-am) się z Regulaminem w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej oraz form zabezpieczenia zwrotu otrzymanych środków w Powiatowym Urzędzie Pracy w Sulęcinie;
19. jestem świadomy(-a), że refundacja kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej jest finansowana ze środków PFRON i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania;
20. środki z PFRON, o które ubiegam się we wniosku, będą zapewniały zgodność stanowisk pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii;
21. informacje zawarte we wniosku Wn-W i załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym;
22. zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Sulęcinie jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Sulęcinie ulegnie zmianie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

.....  
data, pieczęć i podpis wnioskodawcy  
lub osób uprawnionych do reprezentowania wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE nr 2  
(składane do wniosku w przypadku, gdy wnioskodawcą jest osoba fizyczna)

**Oświadczenie współmałżonka wnioskodawcy**  
(wypełnić w sytuacji istnienia między małżonkami ustawowej wspólnoty majątkowej;  
w przypadku rozdzielenia majątkowej  
wymagane jest przedstawienie oryginału aktu notarialnego potwierdzającego ustanowienie rozdzielenia lub wyroku sądu w tej sprawie)

Ja niżej podpisany(-a) (podać imiona, nazwisko, nazwisko rodowe)

..... pesel .....

ur. .... w miejscowości .....

zamieszkały(-a) (podać dokładny adres z kodem pocztowym)

.....  
.....

zameldowany(-a) (podać dokładny adres z kodem pocztowym)

.....  
.....

legitymujący(-a) się dowodem osobistym

seria ..... nr ..... wyd. dnia .....

przez organ .....

wyrażam zgodę na zawarcie przez mojego małżonka (imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
.....

umowy o zrefundowanie poniesionych kosztów wyposażenia stanowiska pracy w związku z zatrudnieniem osoby niepełnosprawnej

.....  
data i czytelny podpis współmałżonka wnioskodawcy

## OŚWIADCZENIE PORĘCZYCIELA

(składane do wniosku w przypadku wyboru jako formy zabezpieczenia poręczenia lub weksła z poręczeniem wekslowym)

	A. Dane poręczyciela	B. Dane współmałżonka poręczyciela *
Imię i nazwisko		
Adres zamieszkania		
Numer telefonu		
Data urodzenia		
Stan cywilny		
Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość		
PESEL		
Miesięczny dochód	brutto:.....zł	brutto:.....zł
Źródło uzyskiwania dochodu		
W przypadku zatrudnienia na podstawie umowy o pracę wskazać okres obowiązywania umowy	od ..... do .....	od ..... do .....
Liczba osób w gospodarstwie domowym (łącznie z poręczycielem)		
Aktualne zobowiązania finansowe – 1. kwota pozostała do spłaty	1.	
2. wysokość miesięcznej spłaty zadłużenia	2.	

Część B wypełniana jest w sytuacji istnienia wspólnoty majątkowej małżonków. W przypadku rozdzielności majątkowej przed poręczeniem wymagane jest przedstawienie oryginału aktu notarialnego potwierdzającego ustanowienie rozdzielności.

Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym oraz że **jestem / nie jestem**<sup>1</sup> poręczycielem dotacji / dofinansowania oraz refundacji udzielonych ze środków Funduszu Pracy, EFS lub PFRON.

.....  
data i podpis poręczyciela

Wyrażam zgodę, aby mój współmałżonek poręczył zobowiązania,  
w przypadku przyznania wnioskodawcy refundacji

.....  
data i podpis współmałżonka poręczyciela  
1-zaznaczyć właściwe