

<b>Data wpływu:</b>	
<b>Nr sprawy:</b>	

## WNIOSEK

### o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej

<b>Składający:</b>	<input type="checkbox"/> Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej <input type="checkbox"/> Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu
<b>Adresat:</b>	<input type="checkbox"/> Prezydent Miasta Jeleniej Góry <input type="checkbox"/> Prezes Zarządu Funduszu

#### A. DANE WNIOSKU

<b>Wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> Zwykły <input type="checkbox"/> Korygujący
<b>Data wpływu:</b>	

#### B. DANE EWIDENCYJNE SKŁADAJĄCEGO

##### B1. DANE EWIDENCYJNE I ADRES SKŁADAJĄCEGO

<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>NIP:</b>	
<b>PKD:</b>	
<b>Województwo:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Faks:</b>	
<b>E-mail:</b>	

##### B2. ADRES DO KORESPONDENCJI

<input type="checkbox"/> Taki sam jak w punkcie B1	
<b>Województwo:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Ulica:</b>	

Nr domu:	
Nr lokalu:	
Telefon:	
Faks:	
E-mail:	

### B3. DODATKOWE INFORMACJE

Nazwa banku:	
Numer rachunku bankowego:	
Krótki opis dotychczasowej działalności:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

### C. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEJ POMOCY<sup>1</sup>

Wnioskowana kwota ogółem:	
Forma zabezpieczenia:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

### D. ANALIZA FINANSOWA SKŁADAJĄCEGO (1)<sup>2</sup>

Aktywa trwale i obrotowe			
	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
Grunty:			
Budynki:			
Pozostały rzeczowy majątek (trwały):			
Zapasy:			
Środki na rachunku bankowym:			
Należności od odbiorców:			
Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej):			
Razem:			

Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych			
	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
Kapitał własny:			

Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty:			
Zobowiązania wobec dostawców:			
Inne zobowiązania:			
Razem:			

#### D. ANALIZA FINANSOWA SKŁADAJĄCEGO (2)

Zobowiązania budżetowe:	
Inne zobowiązania:	
Kwota kredytów bankowych:	
Nazwa banku:	

#### E. DANE DOTYCZĄCE STANOWISKA PRACY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

##### E1. CHARAKTERYSTYKA STANOWISKA PRACY

Nazwa stanowiska pracy:	
-------------------------	--

Lokalizacja stanowiska pracy:	
-------------------------------	--

##### Opis operacji i czynności wykonywanych na wyposażonym stanowisku pracy:

.....

.....

.....

.....

##### Wymagane kwalifikacje i umiejętności pracownika niepełnosprawnego:

.....

.....

.....

.....

.....

##### Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych:

.....

.....

.....

.....

.....

##### 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	Zmianowość <sup>3</sup>	Liczba osób do obsługi <sup>4</sup>	Wymiar czasu pracy <sup>5</sup>	Koszty wyposażenia stanowiska pracy <sup>6</sup>	Kwota do refundacji

**Oświadczenia:**

- Oświadczam, że  posiadam /  nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- Oświadczam, że  zalegam /  nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
- Oświadczam, że  toczy się /  nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
- Oświadczam, że  znajduje się /  nie znajduje się w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy publicznej,
- Oświadczam, że  toczy się /  nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,
- Oświadczam, że  byłem(am) /  nie byłem(am) karany(a) w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny ( t. j. Dz.U. z 2021 r, poz. 2345 z późn. zm.)
- Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy (-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy.
- Oświadczam, że o wnioskowane dofinansowanie nie staram się w innym powiecie.

**Uprowadzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2021 r, poz. 2345, z późn. zm.) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.**

.....  
Data sporządzenia wniosku

.....  
Podpis i pieczęć składającego

**Załączniki:**

1. kopia dokumentu poświadczającego prawną formę istnienia zakładu,
2. kopia dokumentu określającego tytuł prawny do lokalu, w którym mają zostać utworzone nowe stanowiska pracy,
3. zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o nie zaleganiu w opłacaniu składek na ubezpieczenie społeczne za zatrudnionych pracowników,
4. dokumenty z urzędu skarbowego: zaświadczenie o nie zaleganiu z podatkami lub decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków,
5. zaświadczenie o zarejestrowaniu w wojewódzkim urzędzie statystycznym i nadaniu numeru identyfikacyjnego REGON,
6. zaświadczenie o nadaniu numeru identyfikacji podatkowej NIP,
7. kopia deklaracji wpłat na PFRON z ostatniego miesiąca obowiązku dokonania wpłaty (dotyczy zakładów pracy zobowiązanych do wpłat na PFRON); w przypadku zwolnienia z wpłat na PFRON należy załączyć wypełnioną informację na druku INF-1.
8. sprawozdanie ze stanu zatrudnienia za okres 12 miesięcy przed wystąpieniem o zwrot kosztów – załącznik nr 1,
9. 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,
10. bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie 2 lata obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenie podatkowe za ostatnie 2 lata wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego,
11. zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy i poprzedzającego dwa lata podatkowe oraz informację o innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych; w przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż 2 lata, należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 m-cy,
12. formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – załącznik nr 2,
13. kopie ofert cenowych dotyczących planowanego zakupu wyposażenia nowych stanowisk pracy,
14. zobowiązanie pracodawcy do zatrudniania osoby niepełnosprawnej na nowoutworzonym stanowisku pracy co najmniej 36 miesięcy,
15. inne dokumenty mogące świadczyć na korzyść Wnioskodawcy,
16. Oświadczenie dotyczące RODO.
17. inne dokumenty wymagane przez MOPS.

Wszystkie dokumenty należy załączyć w kserokopiach + oryginały do wglądu.

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jeleniej Górze, al. Jana Pawła II 7, dla celów związanych z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w oparciu o zapisy ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania – t. j. uprawnienia wynikające z art. 24 ust. 1 oraz art. 32 ustawy o ochronie danych osobowych.

.....  
data i podpis składającego oświadczenie

### Obowiązek Informacyjny

na podstawie art.13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia o ochronie danych osobowych (UE) 2016/679

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Jeleniej Górze al. Jana Pawła II nr 7.**
2. W sprawach związanych z Pana/i danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail [iod@mops.jelenia-gora.pl](mailto:iod@mops.jelenia-gora.pl).
3. Państwa dane będą przetwarzane do celów związanych z **ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w oparciu o zapisy ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.**
4. *Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu rozpatrzenia wniosku, udzielenia środków na podstawie umowy, wypłacenia środków, ich rozliczenia, kontrolowania prawidłowości realizacji umowy oraz zabezpieczenia zwrotu środków, a także kontroli zgodności tych czynności z przepisami prawa*
5. Dane mogą być udostępniane przez Adresata:
  - a) Pełnomocnikowi Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych lub Prezesowi Zarządu PFRON w celu przeprowadzenia kontroli prawidłowości realizacji zadania udzielania środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej lub działalności w formie spółdzielni socjalnej na podstawie ustawy,
  - b) Komisji Europejskiej w celu przeprowadzenia kontroli na podstawie rozporządzenia Rady (UE) 2015/1589 z dnia 13 lipca 2015 r. ustanawiającego szczegółowe zasady stosowania art. 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE L 248 z 29.09.2015, str. 9) oraz oceny zgodności udzielenia pomocy z warunkami udzielania pomocy de minimis określonymi w 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), pomocy de minimis w sektorze rolnym określonymi w 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) lub pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury określonymi w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, str. 45)
6. *Dane osobowe będą przechowywane przez okres dziesięcioletni niezbędny do udzielenia pomocy oraz jej kontroli przez Komisję Europejską*
7. Przysługuje Panu/i prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (UODO) gdy uzna Pan/i, że przetwarzanie danych w procesie rekrutacji odbywa się w sposób naruszający przepisy RODO.

Podanie przez Panią/Pana danych wynika z przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

**F. OPINIA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY O MOŻLIWOŚCI SKIEROWANIA DO PRACY NA WYŻEJ  
OPISANE STANOWISKA PRACY ZAREJESTROWANYCH OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

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

..... Data sporządzenia opinii	..... Podpis i pieczęć
-----------------------------------	---------------------------

**Odnosiniki do wniosku**

- <sup>1</sup> 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.
- <sup>2</sup> Pracodawcy nie prowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu, składając wniosek, nie wypełnia poniższych pozycji.
- <sup>3</sup> W przypadku planowanego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.
- <sup>4</sup> Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.
- <sup>5</sup> Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsza niż jeden etat.
- <sup>6</sup> Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W.

**Podstawa prawna:**

- Ustawa z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz.U. z 2021 r. poz. 573 z późn.zm.),
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11.03.2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (t. j. Dz.U. z 2015 r. poz. 93 z późn. zm.)