Opole Lubelskie, dnia ..……………….

………………………………….……..

Imię i Nazwisko

………………….……………………..

(adres)

**Oświadczenie Wnioskodawcy o otrzymanej pomocy publicznej *de minimis*/**

**oraz innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych**

1) Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go dwa lata kalendarzowe **nie otrzymałem(-am)** / **otrzymałem(-am)\*** pomoc publiczną *de minimis*1*.*

(w przypadku otrzymania pomocy *de minimis* należy dołączyć kopie zaświadczeń o uzyskanej pomocy *de minimis* w ww. okresie)

2) Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go dwa lata kalendarzowe nie otrzymałem(-am) / otrzymałem(-am)\* środki stanowiące inną pomoc dotyczącą tych samych kosztów kwalifikowalnych2.

(w przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy  w euro | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Łącznie: | | | |  |  |

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

……………………………………..

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Załącznik nr 2 do wniosku pracodawcy o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy   
osoby niepełnosprawnej

# *OŚWIADCZENIE*

#### Oświadczam, że aktualnie liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wynosi ............. , w tym: pracownicy na czas nieokreślony .......... , na czas określony .......... , na umowę cywilno-prawną ............ , ze środków Funduszu Pracy ............ , ze środków PFRON ........... .

# *Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy pracowników w poszczególnych 12 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku*

|  |  |
| --- | --- |
| **M-c/rok** | **Liczba pracowników \*** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | **Suma =**  **Średnia =** |

***\* nie wlicza się pracowników przebywających na urlopach bezpłatnych, macierzyńskich, wychowawczych, dbywających zasadniczą służbę wojskową, a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego (uczniów).***

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

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

miejscowość i data podpis i pieczęć Pracodawcy

Załącznik nr 3 do wniosku pracodawcy o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy   
osoby niepełnosprawnej

**Informacje dotyczące planowanego do wyposażenia stanowiska pracy**

1. Opis działalności: ....................................................................................................................................  
   .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................................
2. Opis czynności na wyposażonym stanowisku ........................................................................................  
   ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
3. Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych, przeciwwskazania zdrowotne..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

1. Opis wyposażenia (cel zakupu, opis czynności, zakres, itp.) .................................................................  
   ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................................
2. Wyposażenie nowe lub używane .......................................................................................................
3. Informacje dotyczące stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej:
4. Stanowisko: ........................................................................................................................................
5. Zmianowość ………………… Godziny pracy od ……………. do ………………………
6. Zakres obowiązków osoby niepełnosprawnej ........................................................................................  
   ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
7. Wymagane dokumenty przy zgłoszeniu się osoby niepełnosprawnej do pracodawcy .................................................................................................................................................................

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

1. Zgłoszenie się kandydata:

osoba do kontaktu ………………………………...................................................................................... adres...................................................................................... .............................................................. . w godz. .................... ...................... .

1. Wynagrodzenie osoby niepełnosprawnej................................................................................................
2. Dane kandydata:

Imię i nazwisko.......................................................................................................................................

Miejsce zamieszkania.............................................................................................................................. .................................................................................................................................................................

Stopień niepełnosprawności ...................................................................................................................

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

(podpis i pieczęć Pracodawcy)

Załącznik nr 4 do wniosku pracodawcy o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy   
osoby niepełnosprawnej

……………………………………. ……………..………………….

(pieczęć firmowa Pracodawcy) (miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 K.K. za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy potwierdzam własnoręcznym podpisem wiarygodność i prawdziwość podanych niżej informacji:

1. Jestem / nie jestem \*) płatnikiem podatku od towarów i usług - VAT.
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 się / nie ubiegam się o środki finansowe na to samo przedsięwzięcie z innego źródła.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

…………………………………….………………

(data, podpis i pieczęć Pracodawcy)

\*) – nie potrzebne skreślić.

Załącznik nr 5 do wniosku pracodawcy o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy   
osoby niepełnosprawnej

………………………………..

………………………………..

(nazwa i adres Pracodawcy)

# OŚWIADCZENIE

**wnioskodawcy ubiegającego się o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy  
dla skierowanej osoby niepełnosprawnej**

1. nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;
2. nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
3. nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
4. prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej przez okres co najmniej 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, z tym że do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej;
5. uzyskana pomoc będzie / nie będzie\* (właściwe podkreślić) bezpośrednio związana z eksportem tj. ilością eksportowanych produktów;
6. nie korzystałem(am) / korzystałem(am)\* ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych środków publicznych na podjęcie działalności gospodarczej lub rolniczej lub przystąpienie do spółdzielni socjalnej;
7. nie byłem karany w okresie 1 roku przed złożeniem wniosku za naruszenie praw pracowniczych,  
   ani nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie;
8. nie korzystałem(am)/ korzystałem(am)\* ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych środków publicznych przyznanych na wyposażenie lub doposażenia stanowiska pracy.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

…………………………………….

data i podpis Pracodawcy

\*niepotrzebne skreślić

***Załączniki :***

1. Dokumenty poświadczające formę prawną wnioskodawcy (zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, postanowienie o wpisie do Krajowego Rejestru Sądowego, statut, umowa spółki itp.),

2. Decyzja w sprawie nadania numeru identyfikacji podatkowej NIP,

3. Zaświadczenie o nadaniu numeru identyfikacyjnego REGON,

4. Potwierdzenie nr rachunku bankowego,

5. 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 poświadczone przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego,

6. 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,

7. Zaświadczenie ZUS o niezaleganiu wnioskodawcy z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne,  
 Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,

8. Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu wnioskodawcy z podatkiem,

9. Dokumenty potwierdzające aktualny stan zatrudnienia (DRA),

10. Oświadczenia pracodawcy dołączone do wniosku.

***Uwaga:***

Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem.