

I. DODATKOWE INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**1. Dane Wnioskodawcy:**

1. Pełna nazwa	
2. Siedziba firmy	
3. Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż siedziba firmy)	
4. Lokalizacja tworzonego stanowiska pracy	
5. Nr KRS (dotyczy spółek prawa handlowego i spółdzielni)	
6. REGON	
7. PESEL (dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, w tym w ramach spółki cywilnej)	
8. Adres zameldowania (dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, w tym w ramach spółki cywilnej)	
9. Adres zamieszkania (dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, w tym w ramach spółki cywilnej)	
10. Imiona i nazwiska oraz zajmowane stanowiska służbowe osób uprawnionych do podpisywania umowy	
11. Imię i nazwisko osoby do kontaktu z urzędem oraz numer telefonu	

2. Informacje dotyczące rodzaju prowadzonej działalności

Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) oraz jego opis	
Kod PKD wiodący (wraz z opisem)	
Kod/kody PKD (wraz z opisem), związane z tworzonym stanowiskiem pracy	

3. Informacje dotyczące podatku od towarów i usług (VAT) (właściwe zaznaczyć)

Czy Wnioskodawca jest podatnikiem VAT	tak	nie
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT		
Wnioskodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do finansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony	tak	nie
Podstawa prawna		

4. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON (właściwe zaznaczyć)

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do obowiązkowych wpłat na rzecz PFRON	tak	nie
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Numer identyfikacyjny PFRON		

5. Informacja o zaciągniętych kredytach bankowych (właściwe zaznaczyć)

Czy wnioskodawca korzysta z kredytów bankowych						tak	nie
Nazwa banku	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota spłacona	Forma zabezpieczenia		
Razem							

6. Sprawozdanie ze stanu zatrudnienia za okres 12 miesięcy przed wystąpieniem o zwrot kosztów

Lp.	Miesiąc	Liczba osób		Liczba osób w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy	
		ogółem	w tym niepełnosprawnych	ogółem	w tym niepełnosprawnych
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

9					
10					
11					
12					
Średnia z 12 m-cy					
Uzasadnienie zmian kadrowych w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy					

7. Wielkość przedsiębiorcy (właściwe zaznaczyć)

- mikroprzedsiębiorca
- mały przedsiębiorca
- średni przedsiębiorca
- inny (duży) przedsiębiorca

8. Forma opodatkowania (właściwe zaznaczyć)

- karta podatkowa
- ryczałt od przychodów ewidencjonowanych %
- podatek liniowy (19%)
- na zasadach ogólnych – wg skali podatkowej (17% , 32%)
- pełna księgowość

9. Czy działalność prowadzona jest w sektorze transportu drogowego¹ (właściwe zaznaczyć)

- TAK
- NIE

II. DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE TWORZONEGO STANOWISKA PRACY

1. Nazwa stanowiska pracy

.....

2. Miesięczne wynagrodzenie zasadnicze brutto bez dodatków (premi):

.....

3. Wymiar czasu pracy godziny pracy, zmianowość

.....

4. Adres, pod którym będzie wykonywana praca

.....

.....

5. Dokładny opis miejsca pracy (*m. in. powierzchnia pomieszczenia, jakie posiada wyposażenie oraz gdzie będą znajdowały się urządzenia zakupione w ramach przyznanej refundacji*)

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

Jest to: mieszkanie / dom / lokal użytkowy/ mieszkanie w całości dostosowane i przekształcone na lokal usługowy/ garaż/ piwnica / inne:

.....*

(*właściwe zaznaczyć)

.....
(Data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

III. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

1. zobowiązuję się do zatrudnienia osoby niepełnosprawnej na wyposażonym stanowisku pracy przez okres co najmniej 36 miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy;
2. zapoznałam(em) się z obowiązującym *Regulaminem przyznawania środków PFRON na wyposażenie stanowisk pracy* i akceptuję jego warunki;
3. **posiadam/ nie posiadam*** zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
4. **zalegam / nie zalegam*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie należnych składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych, podatków i innych danin publicznych;
5. **byłam(em) / nie byłam(em)*** karana(y) w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002 roku o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary i jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia;
6. **toczy się / nie toczy się*** w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i **został /nie został*** zgłoszony wniosek o jej likwidację;
7. **zostałam(em) / nie zostałam(em)*** ukarana(y) lub skazana(y) prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy oraz **/lub zostałam(em) / nie zostałam(em)*** objęta(y) postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy (art. 36 ust. 5f ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy) w okresie 365 dni bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku;
8. **otrzymałam(em) / nie otrzymałam(em)*** decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym, uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem;
9. **otrzymałam(em) / nie otrzymałam(em)*** inną pomoc/innej pomocy niż pomoc de minimis dotyczącą/jej tych samych kosztów kwalifikowanych;
10. zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis;
11. **wypowiedziałam(em)/ nie wypowiedziałam(em)** umowy o pracę z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
12. **pozostaję / nie pozostaję*** w związku małżeńskim; *(dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, w tym w ramach spółki cywilnej)*
13. **pozostaję w ustawowej majątkowej wspólności małżeńskiej / posiadam rozdzielność majątkową małżeńską*** *(dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, w tym w ramach spółki cywilnej).*²

(*właściwe zaznaczyć)

.....
(Data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

Oświadczam, że w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzednich latach podatkowych:

² Po przyjęciu wniosku do realizacji niezbędne będzie okazanie do wglądu dokumentu potwierdzającego rozdzielność majątkową małżeńską

(właściwie zaznaczyć)

- nie otrzymałam(em) pomocy de minimis
- otrzymałam(em) pomoc de minimis w wysokości euro i dołączam kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem zaświadczeń o otrzymanej pomocy de minimis

.....
(Data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

W przypadku wniosku składanego przez spółkę cywilną, należy również uwzględnić uzyskaną pomoc de minimis w odniesieniu do każdego ze wspólników tej spółki.

L.p.	Data udzielenia pomocy	Nr umowy	Nazwa instytucji udzielającej pomocy	Kwota w euro netto/brutto	Cel przeznaczenia pomocy
OGÓŁEM:					

Oświadczam, że dane zawarte we Wniosku Wn-W, załącznikach do Wniosku oraz oświadczeniach są zgodne z prawdą.

.....
(Data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

IV. ZAŁĄCZNIKI

1. Dokument potwierdzający formę prawną Wnioskodawcy:
 - 1) aktualny wydruk z CEIDG lub z Krajowego Rejestru Sądowego;
 - 2) w przypadku spółki cywilnej – kserokopia umowy spółki wraz z aneksami;
 - 3) kserokopia koncesji lub zezwolenia na prowadzenie działalności - gdy wymaga tego przepis prawa.
2. Kserokopia dokumentu potwierdzającego prawo do użytkowania lokalu, w którym zostanie utworzone stanowisko pracy dla osoby niepełnosprawnej (np. umowa najmu, umowa dzierżawy, akt notarialny lub odpis z księgi wieczystej, umowa użyczenia), jeżeli adres tworzonego miejsca pracy nie wynika z dokumentów rejestrowych;
3. Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu w podatkach;
4. Zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o niezaleganiu w opłacaniu składek;
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 poświadczony przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego;
6. Aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych;
7. Potwierdzenie zarejestrowania podmiotu jako Podatnika VAT UE;
8. Pełnomocnictwo, w przypadku gdy wniosek podpisany jest przez osobę upoważnioną do reprezentowania Pracodawcy;
9. Oferty handlowe na zakup wyposażenia (w przypadku zakupu mebli oferta handlowa powinna dodatkowo zawierać ich zdjęcie lub wizualizację; oferty dotyczące zestawów powinny zawierać również szczegółowe informacje dotyczące elementów składowych danego zestawu; w przypadku zakupu sprzętu używanego lub na zasadach leasingu - taka informacja musi być zawarta w ofercie; dodatkowo oferta handlowa dotycząca zakupu sprzętu używanego powinna zawierać jego zdjęcie; możliwe jest dołączenie ofert handlowych pochodzących ze sklepów internetowych);
10. Uzupełniony *Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis* stanowiący załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis lub uzupełniony *Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę* stanowiący załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2020 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie;