

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

## UZUPEŁNIENIE CZĘŚCI B – DANE EWIDENCYJNE SKŁADAJĄCEGO

1. Pełna nazwa firmy

.....

2. Adres siedziby

.....

3. Adres miejsca wykonywania pracy

.....

4. Forma prawna prowadzonej działalności

.....

5. Rodzaj działalności

.....

6. PKD

.....

7. Nazwiska i imiona oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do podpisywania umowy

.....

.....  
nazwisko i imię.....  
stanowisko.....  
nazwisko i imię.....  
stanowisko

## UZUPEŁNIENIE CZĘŚCI E – DANE DOTYCZĄCE STANOWISKA PRACY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

1. Krótki opis przedsięwzięcia związanego z utworzeniem nowego stanowiska pracy

.....

2. Aktualne zaawansowanie – dotychczas poniesione wydatki na utworzenie stanowiska pracy  
(wpisać jeśli dotyczy)

.....

3. Dane dotyczące deklarowanych do utworzenia dodatkowego miejsca pracy

Lp.	Nazwa stanowiska pracy – krótka charakterystyka stanowiska – rodzaj wykonywanych prac przez skierowane osoby niepełnosprawne	Wymagane kwalifikacje / umiejętności i wykształcenie



**Oświadczam, że:**

1. Nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
2. Oświadczam, iż zapoznałem się z Regulaminem Dyrektora PUP w Tychach w sprawie przyznawania środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na wyposażenie stanowiska pracy oraz na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo wniesienie wkładu do spółki z ograniczoną odpowiedzialnością przez osobę niepełnosprawną.

***Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych  
(art. 297 § 1 k.k.) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.***

Data .....

.....  
/Pieczęć i podpis  
Właściciela, Dyrektora, Prezesa,  
osoby upoważnionej/

**Załączniki:**

1. Oświadczenie o wielkości otrzymanej pomocy de minimis lub o nieotrzymaniu pomocy de minimis wraz ze wszystkimi zaświadczeniami o pomocy de minimis, jakie wnioskodawca otrzymał w roku, w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat - jeżeli taka pomoc była udzielona.
2. Oświadczenie o otrzymaniu / nieotrzymaniu pomocy publicznej innej niż de minimis.
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2010 r. nr 53, poz. 311 z późn. zm).
4. W przypadku Wnioskodawców prowadzących działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej – umowa spółki cywilnej.

**Załącznik nr 2 do Wn-W**

**Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**

Oświadczenie  
o wielkości otrzymanej pomocy de minimis lub nie otrzymaniu pomocy de minimis

Oświadczam, iż zgodnie z art. 37 Ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz U z 2007 r., nr 59, poz. 404 z późn. zm.) w roku, w którym ubiegam się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat:

- otrzymałem** pomoc de minimis o wartości ..... zł , stanowiącą równowartość ..... euro.
- nie otrzymałem** pomocy de minimis.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć Pracodawcy  
ubiegającego się o pomoc de minimis

Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

Oświadczenie

Oświadczam, iż **otrzymał em / nie otrzymał em**\* 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.

.....  
miejsowość,

.....  
data podpis i pieczęć Pracodawcy  
ubiegającego się o pomoc de minimis

\* *niepotrzebne skreślić*