

Załączniki do wniosku:

1. Kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego formę prawną prowadzenia działalności (aktualny wpis do centralnej ewidencji działalności gospodarczej CEIDG, aktualny wpis do KRS, umowa spółki cywilnej, dokument potwierdzający wpis do ewidencji szkół i placówek oświatowych, itp.);
2. Aktualne zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu z opłatami (ważne 30 dni);
3. Aktualne zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu z opłatami (ważne 30 dni);
4. W przypadku pracodawców opłacających składki do KRUS, aktualne zaświadczenie z KRUS o niezaleganiu z opłatami (ważne 30 dni);
5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (w przypadku pracodawców prowadzących działalność gospodarczą);
6. Dokumenty poświadczające prawo do lokalu, w którym tworzone będą w ramach refundacji stanowiska pracy: umowa najmu, dzierżawy, akt własności, ewentualnie zgłoszenie identyfikacyjne / aktualizacyjne NIP-2 lub NIP-8 – w sytuacji, gdy dokumenty rejestracyjne nie potwierdzają tej lokalizacji (kserokopia, oryginał do wglądu);
7. W przypadku, gdy osobą wskazaną do kontaktów bądź osobą umocowaną do reprezentowania firmy nie jest Wnioskodawca należy do wniosku dołączyć upoważnienie, w którym Wnioskodawca umocowuje osobę do złożenia wniosku wraz z załącznikami oraz dokonywania wszelkich ustaleń związanych ze złożonym wnioskiem;
8. Bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata obrotowe w przypadku podmiotów sporządzających sprawozdanie, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenie podatkowe wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego za okres ostatnich dwóch lat;
9. Aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych;
10. Załącznik do wniosku Wn-W:
 - a) w przypadku pracodawców prowadzących działalność gospodarczą: nr 1, nr 2, nr 3, nr 4 i odpowiednio nr 5 lub nr 6 oraz ewentualnie nr 7 i nr 8.
 - b) w przypadku pracodawców nieprowadzących działalności gospodarczej: nr 2, nr 3, nr 4 i odpowiednio nr 5 lub nr 6 oraz ewentualnie nr 7 i nr 8.

Wszystkie dokumenty składane w kopii muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem.

zał. nr 1

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY
DOTYCZĄCE POMOCY DE MINIMIS OTRZYMANEJ W ROKU,
W KTÓRYM UBIEGA SIĘ O POMOC ORAZ W CIĄGU DWÓCH POPRZEDZAJĄCYCH
GO LAT KALENDARZOWYCH**

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń (art. 297 § 1 Kodeksu karnego), oświadczam, iż:

- Otrzymałem*** pomoc de minimis w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat.
- Nie otrzymałem*** pomoc de minimis w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat.

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie.

(w przypadku spółki cywilnej oświadczenie wypełnia każdy wspólnik z osobna oraz spółka).

Lp.	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna udzielenia pomocy	Dzień udzielenia pomocy	Wartość pomocy		Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy	Przeznaczenie pomocy
				PLN	EURO		
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
Suma:							

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczętka wnioskodawcy lub innej osoby uprawnionej do jego reprezentowania

* zaznaczyć właściwy kwadrat

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DO WNIOSKU Wn-W

1. Wnioskującym jest:*

- Pracodawca **nieprowadzący działalności gospodarczej** – niebędący beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 poz. 702);
- Pracodawca **prowadzący działalność gospodarczą** – beneficjent pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

2. Nazwa pracodawcy:

3. Oznaczenie formy prawnej:*

- Jednoosobowa działalność gospodarcza
- Spółka cywilna
- Spółka jawna
- Spółka partnerska
- Spółka komandytowa
- Spółka komandytowo-akcyjna
- Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
- Spółka akcyjna
- Stowarzyszenie
- Spółdzielnia
- Inna (wpisać jaka)

4. Data rozpoczęcia działalności:

5. Osoba reprezentująca pracodawcę:

Imię i Nazwisko

Stanowisko lub wskazanie pełnionej funkcji

Numer telefonu

6. Osoba upoważniona do podpisania umowy:

Imię i Nazwisko

Stanowisko

7. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności – PKD (Polska Klasyfikacja Działalności) przeważający:

zgodnie z tworzonym stanowiskiem pracy:

8. Stan zatrudnienia (w okresie 6 pełnych miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz za miesiąc w którym składany jest wniosek):

Lp.	Miesiąc, rok	Liczba zatrudnionych pracowników (stan na koniec miesiąca)	Liczba pracowników, z którymi zakończono / rozwiązano stosunek pracy w okresie 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (w danym miesiącu)				ogółem liczba pracowników z którymi zakończono lub rozwiązano stosunek pracy
			przez pracodawcę bez winy pracownika	przez pracownika	z powodu upływu okresu	z innych powodów	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
Na dzień złożenia wniosku							
		SUMA:					

9. Zmianowość:

I zmiana II zmiany III zmiany inna (podać jaka)

10. Godziny pracy (od – do):

11. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla 1 osoby:

12. Podmiot **sektora publicznego**, który w punkcie 1 oświadczył, że prowadzi działalność gospodarczą w związku z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych na wskazanych stanowiskach oświadcza:

a) **Prowadzę** równocześnie działalność **niemającą charakteru gospodarczego**:

TAK NIE

b) **Prowadzę** rozdzielną rachunkową pomiędzy działalnością o charakterze gospodarczym, a działalnością niemającą charakteru gospodarczego:

TAK NIE NIE DOTYCZY

c) **Będę** zatrudniał niepełnosprawnych na stanowiskach związanych z prowadzoną działalnością o charakterze gospodarczym (zgodnie z zakresem obowiązków wynikającym z umowy o pracę):

TAK NIE NIE DOTYCZY

13. Księgowość prowadzona jest:

we własnym zakresie
 przez biuro rachunkowe (podać nazwę)

14. Uzasadnienie potrzeby stworzenia nowego stanowiska pracy:

*zaznaczyć właściwy kwadrat

5)

6)

7)

8)

16. Sprzęt i wyposażenie wnioskowanego stanowiska, który już posiada wnioskodawca:

miejsowość, data

*podpis i pieczęć wnioskodawcy lub innej osoby uprawnionej
do jego reprezentowania*

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

Świadomy, iż poświadczenie nieprawdy, zgodnie z art. 297 § 1 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 17 z późn. zm.) podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5, jako Pracodawca oświadczam, że:

1. **jestem / nie jestem*** płatnikiem podatku od towarów i usług – VAT;
2. **zobowiązuję się** do niezwłocznego poinformowania Urzędu o wszelkich zwrotach z tytułu odliczenia podatku akcyzowego oraz innych zwrotów związanych z wydatkami objętymi refundacją kosztów wyposażenia stanowiska pracy;
3. **jestem / nie jestem*** zobowiązany do składania sprawozdań finansowych zgodnie z przepisami o rachunkowości;
4. **jestem / nie jestem** zakładem pracy chronionej;
5. **nie ubiegam / ubiegam*** się o środki finansowe na to samo przedsięwzięcie z innego źródła;
6. **prowadzę / nie prowadzę*** działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów prawo przedsiębiorców co najmniej przez 12 miesięcy bezpośrednio przed złożeniem wniosku (do okresu prowadzenia działalności nie wlicza się okresu jej zawieszenia) – **wypełnia tylko pracodawca prowadzący działalność gospodarczą**;
7. **oświadczam**, że znam i spełniam warunki Rozporządzenia MPiPS z dnia z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 1276 z późn. zm.);
8. **oświadczam**, że zapoznałem(am) się z Regulaminem w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej ze środków PFRON w 2024 roku;
9. **zobowiązuję się** pisemnie poinformować Powiatowy Urząd Pracy w Strzyżowie o wszystkich zmianach danych zawartych w składanym wniosku oraz dołączonych do niego załącznikach do dnia spisania umowy w sprawie wyposażenia stanowiska dla osoby niepełnosprawnej;
10. **nie zalegam / zalegam*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
11. **nie zalegam / zalegam*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych (np. opłat lokalnych, podatków, itp.);
12. **nie posiadam / posiadam*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
13. **nie byłem(am) / byłem(am)*** karany(a) w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2023 r. poz. 659 z późn. zm.);
14. **nie jestem / jestem*** zobowiązany(a) do zwrotu udzielonej mi wcześniej pomocy publicznej na podstawie przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 702);

15. **nie jestem / jestem*** objęty(a) postępowaniem wyjaśniającym w sprawie dotyczącej naruszenia praw pracowniczych;
16. **nie zostałem(am) / zostałem(am)*** wpisany(a) na listę osób i podmiotów, wobec których stosowane są środki sankcyjne, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2024 r. poz. 507);
17. **nie zostałem(am) / zostałem(am)*** skazany(a) w okresie 365 dni przed złożeniem wniosku prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych;
18. **oświadczam**, że jest mi wiadome że przyznane środki stanowią pomoc de minimis i oświadczam, że spełniam warunki o których mowa w – **dotyczy tylko pracodawcy prowadzącego działalność gospodarczą**:
- a) 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, s. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2013/1407/2023-10-25>), gdyż w okresie 3 lat budżetowych przed dniem złożenia wniosku, nie korzystałem ze środków pomocy przyznawanej podmiotowi gospodarczemu: przekraczających 200 000 EURO (w sektorze drogowego transportu towarów – 100 000 EURO) lub
- b) 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. 9-17, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2013/1408/2023-10-25>), gdyż w okresie 3 lat budżetowych przed dniem złożenia wniosku, nie korzystałem ze środków pomocy przyznawanej producentowi rolnemu: przekraczających 20 000 EURO lub na zasadzie odstępstwa przekraczających 25 000 EURO;
19. **w przypadku otrzymania** pomocy de minimis po dniu złożenia wniosku, a przed podpisaniem umowy, zobowiązuje się do złożenia dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis – **dotyczy tylko pracodawcy prowadzącego działalność gospodarczą**;
20. **zobowiązuję się** do zatrudniania na wyposażonym stanowisku pracy osoby niepełnosprawnej przez okres co najmniej 36 miesięcy;
21. **jest mi wiadome**, że pomoc de minimis przyznana na podstawie niniejszego wniosku łącznie z inną pomocą ze środków publicznych niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym również z budżetu Unii Europejskiej udzieloną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowalnych nie może spowodować przekroczenia dopuszczalnej intensywności pomocy określonej dla danego przeznaczenia pomocy – **dotyczy tylko pracodawcy prowadzącego działalność gospodarczą**.

.....
miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć wnioskodawcy lub innej osoby uprawnionej do jego reprezentowania

*niepotrzebne skreślić

zał. nr 5

.....
(pieczęć firmowa)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O KWALIFIKOWALNOŚCI VAT

Świadomy, iż poświadczenie nieprawdy, zgodnie z art. 297 § 1 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 17 z późn. zm.) podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5, jako Pracodawca **oświadczam, że:**

Nie mam możliwości odliczenia podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego. W związku z powyższym wnioskuję o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy z **uwzględnieniem tych podatków**. Jednocześnie zobowiązuje się do zwrotu zrefundowanej części poniesionego VAT, jeżeli zaistnieją przesłanki umożliwiające odzyskanie tych podatków.

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczętka wnioskodawcy lub innej osoby uprawnionej do jego reprezentowania

zał. nr 6

.....
(pieczęć firmowa)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O KWALIFIKOWALNOŚCI VAT

Świadomy, iż poświadczenie nieprawdy, zgodnie z art. 297 § 1 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 17 z późn. zm.) podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5, jako Pracodawca **oświadczam, że:**

Mam możliwość odliczenia podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego. W związku z powyższym wnioskuję o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy z pominięciem tych podatków.

.....
miejsowość, data

.....
*podpis i pieczęć wnioskodawcy lub innej osoby uprawnionej
do jego reprezentowania*

Klauzula informacyjna

W trybie art. 13 Rozporządzenia 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016, s. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/2016-05-04>) dalej RODO informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Strzyżowie, ul. Daszyńskiego 2, 38-100 Strzyżów reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Strzyżowie.
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Strzyżowie – tel.: 17 2768485, e-mail: iod@strzyzow.praca.gov.pl, adres: Powiatowy Urząd Pracy w Strzyżowie, ul. Daszyńskiego 2.
3. Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w celu realizacji zadań wynikających z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44), a także w celu wykonania obowiązków wynikających z przepisów innych ustaw.
4. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych stanowią przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych oraz przepisy art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO.
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym w celu korzystania ze świadczeń i usług realizowanych przez powiatowy urząd pracy, a w przypadku zawierania umów warunkiem ich zawarcia. Ewentualną konsekwencją odmowy podania przez Panią/Pana danych osobowych jest odmowa przyznania uprawnień, o które się Pani/Pan ubiega, ich utrata lub pozbawienie, jeżeli z odmową podania danych osobowych taki skutek wiążą obowiązujące przepisy ustaw, a w przypadku zawierania umów odmowa ich zawarcia. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez upoważnione osoby, które są zaangażowane w realizację ww. zadań.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty upoważnione na podstawie obowiązujących przepisów prawa do udostępnienia im danych osobowych, m.in. Urząd Skarbowy, Wojewódzki Urząd Pracy, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Państwowa Inspekcja Pracy, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych a także inne podmioty na podstawie zawartych umów takie jak: banki, Poczta Polska SA, podmioty świadczące usługi szkoleniowe, audytowe, niszczenia dokumentów, itp.
7. Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe pozyskane od wszystkich podmiotów zobowiązanych na podstawie ustawy do udostępnienia tych danych tutejszemu Urzędowi.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom w państwach znajdujących się poza Unią Europejską i Europejskim Obszarem Gospodarczym lub do organizacji międzynarodowej.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - a) dostępu do treści swoich danych osobowych,
 - b) sprostowania danych osobowych, jeżeli są nieprawidłowe,
 - c) usunięcia danych osobowych lub ograniczenia przetwarzania tych danych, a także wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych – tylko wówczas, gdy usunięcie lub ograniczenie przetwarzania danych lub wniesiony sprzeciw nie będzie uniemożliwiać realizacji swoich zadań przez organy publiczne i nie będzie sprzeczne z przepisami prawa,
 - d) cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem – tylko wówczas, jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a lub art. 9 ust. 2 lit. a RODO,
 - e) wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli uzna Pani/Pan, że dane osobowe nie są przetwarzane w sposób prawidłowy.
10. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegać decyzji, która opiera się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i ust. 4 RODO.
11. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt 3, w tym przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku archiwizacji danych wynikającego z przepisów obowiązującego prawa, m.in. ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r. poz. 164).

Zapoznałem/am się

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

zał. nr 8

DANE WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI CYWILNEJ -
(nazwa spółki)

Liczba wspólników spółki cywilnej:

I WSPÓLNIK

1. Imię i nazwisko:

2. Nazwa firmy wspólnika spółki:

.....

3. Adres miejsca zamieszkania:

.....

4. Adres głównego miejsca wykonywania działalności:

.....

5. Numer PESEL:

6. Numer NIP:

7. Numer REGON:

.....

miejsceowość, data

.....

podpis i pieczęćka wspólnika

II WSPÓLNIK

1. Imię i nazwisko:

2. Nazwa firmy wspólnika spółki:

.....

3. Adres miejsca zamieszkania:

.....

4. Adres głównego miejsca wykonywania działalności:

.....

5. Numer PESEL:

6. Numer NIP:

7. Numer REGON:

.....

miejsceowość, data

.....

podpis i pieczęćka wspólnika

III WSPÓLNIK

1. Imię i nazwisko:
2. Nazwa firmy wspólnika spółki:
.....
3. Adres miejsca zamieszkania:
.....
4. Adres głównego miejsca wykonywania działalności:
.....
5. Numer PESEL:
6. Numer NIP:
7. Numer REGON:

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczętka wspólnika

IV WSPÓLNIK

1. Imię i nazwisko:
2. Nazwa firmy wspólnika spółki:
.....
3. Adres miejsca zamieszkania:
.....
4. Adres głównego miejsca wykonywania działalności:
.....
5. Numer PESEL:
6. Numer NIP:
7. Numer REGON:

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczętka wspólnika