|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wn-W** | **Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**  |  |
| **Podstawaprawna:** | **Art. 26e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.).** |
| **Składający1:** | **[ ]  A. Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.****[ ]  B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.** |
| **Adresat:** | **[ ]  A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.**  | **[ ]  B. Prezes Zarządu Funduszu.** |
|  |  |
| **A. Dane o wniosku** |
|  | **1. Wniosek1** |  | **2. Numer akt** |  | **3. Data wpływu** |  |
|  | **[ ]  1. Zwykły** | **[ ]  2. Korygujący** |  |       |  |                  |  |
|  |
| **Część I** |  |
| **B. Dane ewidencyjne składającego** |
|  | **B1. Dane ewidencyjne i adres składającego** |  |
|  | **4. Imię (imiona) i nazwisko składającego**      | **5. NIP**      | **6. PKD**      |  |
|  | **7. Województwo**      | **8. Miejscowość**      |  |
|  | **9. Kod pocztowy**      | **10. Poczta**      | **11. Ulica**      | **12. Nr domu**      | **13. Nr lokalu**      |  |
|  | **14. Telefon2**      | **15. Faks2**      | **16. E-mail**      |  |
|  |
|  | **B2. Adres do korespondencji** | *Wypełnia składający mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1* |  |
|  | **17. Kod pocztowy**      | **18. Poczta**      | **19. Ulica**      | **20. Nr domu**      | **21. Nr lokalu**      |  |
|  | **22. Telefon2**      | **23. Faks2**      | **24. E-mail**      |  |
|  |
|  | **B3. Dodatkowe informacje** |  |
|  | **25. Nazwa banku**      | **26. Numer rachunku bankowego**      |  |
|  | **27. Krótki opis dotychczasowej działalności**      |  |
|  |
|  |  |
| **C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy3** |
|  | **28. Wnioskowana kwota ogółem**      | **29. Forma zabezpieczenia**      |  |
|  |
|  |  |
| **D. Analiza finansowa składającego (1)4** |
|  | **Aktywa trwałe i obrotowe** | **Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy** | **Ostatni rok obrotowy** | **Bieżący rok** |  |
|  | **Grunty** | 30.       | 31.       | 32.       |  |
|  | **Budynki** | 33.       | 34.       | 35.       |  |
|  | **Pozostały rzeczowy majątek (trwały)** | 36.       | 37.       | 38.       |  |
|  | **Zapasy** | 39.       | 40.       | 41.       |  |
|  | **Środki na rachunku bankowym** | 42.       | 43.       | 44.       |  |
|  | **Należności od odbiorców** | 45.       | 46.       | 47.       |  |
|  | **Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej)** | 48.       | 49.       | 50.       |  |
|  | **Razem** | 51.       | 52.       | 53.       |  |
|  |  |  |
|  | **Źródła finansowania aktywów****trwałych i obrotowych****Kapitał własny** | **Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy** | **Ostatni rok obrotowy** | **Bieżący rok** |  |
|  |  | 54.       | 55.       | 56.       |  |
|  | **Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty** | 57.       | 58.       | 59.       |  |
|  | **Zobowiązania wobec dostawców** | 60.       | 61.       | 62.       |  |
|  | **Inne zobowiązania** | 63.       | 64.       | 65.       |  |
|  | **Razem** | 66.       | 67.       | 68.       |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  | **Wn-W (I)** | **1/2** |  |  |
| 1 W odpowiednich polach wstawić znak X. Nie wypełniać poz. 6, 7, 25-27, 30-72 w przypadku wykazania tych danych w innym wniosku Wn-W składanym łącznie z niniejszym wnioskiem.2 Należy podać także numer kierunkowy.3 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.4 Pracodawcy nieprowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu składając wniosek, nie wypełnia poz. 30-72. |  |

|  |
| --- |
| **D. Analiza finansowa składającego (2)** |
|  | **69. Zobowiązania budżetowe**      | **70. Inne zobowiązania**      | **71. Kwota kredytów bankowych**      | **72. Nazwa banku**      |  |
|  |
|  |  |
| **E. Dane dotyczące stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej** |
|  | **E1. Charakterystyka stanowiska pracy5** |  |
| **73. Nazwa stanowiska pracy**      | **74. Lokalizacja stanowiska pracy**      |
| **75. Opis operacji i czynności wykonywanych nawyposażonym stanowiskupracy**      | **76. Wymagane kwalifikacjei umiejętności pracownikaniepełnosprawnego**      | **77. Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych**      | **78. Rodzaj i stopień niepełnosprawności osób,które mogą wykonywać pracęna wyposażonymstanowisku**      |
|  |
|  | **E2. Informacje o wyposażeniu stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej** |  |
|  | **Lp.** | **Wyszczególnieniewyposażenia stanowiska pracy** | **Wyszczególnieniewyposażenia stanowiska pracydo refundacji** | **Zmianowość6** | **Liczba osób do obsługi7** |  **Wymiarczasu pracy8** | **Koszty wyposażenia stanowiska pracy9** | **Kwotado refundacji** |  |
| **1** | 79.       | 80.       | 81.       | 82.       | 83.       | 84.       | 85.       |
| **2** | 86.       | 87.       | 88.       | 89.       | 90.       | 91.       | 92.       |
| **3** | 93.       | 94.       | 95.       | 96.      | 97.       | 98.       | 99.       |
| **4** | 100.       | 101.       | 102.      | 103.       | 104.       | 105.       | 106.       |
| **5** | 107.       | 108.       | 109.       | 110.       | 111.       | 112.       | 113.       |
| **6** | 114.       | 115.       | 116.       | 117.       | 118.       | 119.       | 120.       |
|  |
|  |  |
|  |
|  | **Oświadczam, że1:****** **[ ]  posiadam /** **[ ]  nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,**** [ ]  zalegam /** **[ ]  nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na FunduszPracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,**** [ ]  toczy się /** **[ ]  nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.****Do wniosku załączam:**** aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w bloku B,**** odpowiednio: bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata10 obrotowe - w przypadku podmiotów sporządzających bilans,w pozostałych przypadkach - roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata10 wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowylub poświadczone przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego,**** aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych.****Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanienieprawdy lub zatajenie prawdy.** |  |
|  | **121. Data sporządzenia wniosku**                 | **122. Podpis i pieczęć składającego** |  |
|  |
|  |  |
| **F. Opinia powiatowego urzędu pracy o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej stanowiska pracy zarejestrowanychosób niepełnosprawnych** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **123. Data sporządzenia opinii**                 | **124. Podpis i pieczęć** |  |
|  |
|  |  |
|  | **Wn-W (I)** | **2/2** |
| 5 W przypadku różnych stanowisk pracy dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach.6 W przypadku planowego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.7 Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.8 Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat.9 Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W.10 W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy. |  |

 **Załącznik nr 1**

……………………………. …………………………….

 (pieczęć pracodawcy)

|  |
| --- |
| **ZOBOWIĄZANIE WNIOSKODAWCY** |

W związku ze złożonym wnioskiem w sprawie udzielenia refundacji

kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej zobowiązuję się:

**W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, przed podpisaniem umowy do dostarczenia aktualnych dokumentów:**

* + zaświadczenia z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu w podatkach **(wydanego nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem podpisania umowy)**,
	+ zaświadczenia z  Zakładu Ubezpieczeń o niezaleganiu w opłacaniu składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych **(wydanego nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem podpisania umowy)**,

**Po podpisaniu umowy do:**

* + terminowego przedłożenia rozliczenia i udokumentowania poniesionych, w okresie od dnia zawarcia umowy o refundację, kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej do dnia wskazanego w w/w umowie kosztów na wyposażenie stanowisk pracy oraz do zatrudnienia na tych stanowiskach skierowanych osób niepełnosprawnych;
	+ zatrudnienia na wyposażonym stanowisku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy przez okres 36 miesięcy;
	+ utrzymania przez okres 26 miesięcy stanowisk pracy utworzonych w związku z przyznaną refundacją.

…………………………………...

data, podpis i pieczęć

osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy

**Załącznik nr 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE PRACODAWCY** |  |

……………………………. …………………………….

 (pieczęć pracodawcy)

Świadomy/a, odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 6 kodeksu karnego, który stanowi „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” oświadczam, że:

1. nie zmniejszyłem/am wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązałem/am stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
2. prowadzę działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, z tym że do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej (dotyczy podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą);
3. nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
4. nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
5. nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne;
6. nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie podatków;

z nie zalegam w dniu złożenia wniosku z płatnościami wobec Funduszu,

1. nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
2. nie byłem/am karany/a w okresie 2 lat przed złożeniem wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz.U. z 2015 r., poz. 1212 z późn. zm.);
3. spełniam warunki określone w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej
z dnia 23 kwietnia 2012 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. 2015 r. poz. 1041);
4. wykorzystam przyznane środki zgodnie z przeznaczeniem;
5. nie złożyłem/am wniosku w sprawie przyznawania refundacji kosztów wyposażenia
lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego do innego Starosty.

**\*niepotrzebne skreślić**

**Prawdziwość oświadczeń oraz informacji zawartych we wniosku stwierdzam własnoręcznym podpisem. Oświadczam, że zostałem/-am pouczony/-a, że za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie w nim prawdy, grozi kara pozbawienia wolności do lat trzech na podstawie art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ...……….............……………….……………... |

data, podpis i pieczęć

osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy

**Załącznik nr 3**

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY:** |  |

Świadomy, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 6 Kodeksu Karnego podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, jako podmiot, przedszkole, szkoła lub producent rolny\* składający Wniosek w sprawie udzielenia z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, oświadczam że:
**w bieżącym roku oraz w okresie 2 poprzedzających go lat:**

- otrzymałem / nie otrzymałem\* środków stanowiących pomoc de minimis, w tym pomoc
de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie
oraz dołączyć kopię zaświadczeń o otrzymanej pomocy (oryginał do wglądu)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| **Łącznie** |  |  |

 - otrzymałem / nie otrzymałem\* inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

 …………………………………...

data, podpis i pieczęć

osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy

 **Załącznik nr 4**

**ZGŁOSZENIE OFERTY PRACY/INFORMACJI O WOLNYM MIEJSCU ZATRUDNIENIA**

POWIATOWY URZĄD PRACY DLA POWIATU WARSZAWSKIEGO ZACHODNIEGO

|  |
| --- |
| **I. Informacje dotyczące pracodawcy krajowego**  |
| 1.Nazwa pracodawcy krajowego/agencji zatrudnienia……………………………………………………………….........………………………………………………………………......... | 2. Adres pracodawcyUlica, nr ………………………………………………….Miejscowość………………………………………………Kod Pocztowy ……………………………………………Nr telefonu ………………………………………………….....Faks ……………………………………………………………..e-mail ……………………………………………………………strona internetowa ………………………………………………8. Czy pracodawca jest agencją zatrudnienia zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej? TAK/NIEJeśli TAK - nr wpisu do rejestru (KRAZ).....................................Jeśli TAK - czy oferta pracy jest ofertą pracy tymczasowej w rozumieniu art. 19g ustawy? TAK/NIE |
| 3.Numer statystyczny REGON  | 4. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD…………... |
| 5. NIP | 6. Forma prawna prowadzonej działalności………………………………….  **** |
| 7. Osoba wskazana przez pracodawcę do kontaktówNazwisko i imię ………….………………………………………..Stanowisko ………………………………………………………...Telefon/mail ………………...……………………………………..  |
| 9. Czy pracodawca w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia niniejszej oferty został ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy? TAK/NIE10. Czy oferta pracy została zgłoszona w tym samym czasie do innego Urzędu Pracy na terenie kraju? TAK/NIE | 11. Preferowany kontakt kandydatów z pracodawcą:a) osobisty w godz……………………………………... b) telefoniczny………………………………………….c) inny (CV, mail) …………………………………….. |
| **II. Informacje dotyczące zgłoszonego miejsca pracy** |
| 12. Nazwa zawodu……………………………….………………………………. | **13. Nazwa stanowiska**…………………………………….…………………………………….…………………………………….……………………………………. | 14. Liczba zatrudnionych pracowników ……….**15. Liczba wolnych miejsc pracy** ……...w tym dla osób niepełnosprawnych ……... |
| 16. Kod zawodu wg KZiS**** |
| 17. Miejsce wykonywania pracy ……………………………….……………………………….………………………………. | 18. Czy przekazać ofertę pracy w celu dodatkowego upowszechnienia do: 1) wybranych państw EOG TAK/NIE (jeśli TAK: jakich? należy wypełnić załącznik) 2) innych Urzędów Pracy TAK/NIEjeśli TAK których?:………………. ……………………………………. | 19. Czy oferta jest złożona w celu uzyskania informacji starosty – wymaganej do zezwolenia na pracę? TAK/NIE20. Jeśli TAK, czy pracodawca zgadza się na skierowanie kandydatów do pracy? TAK/NIE 21. Dodatkowe informacje:……………………………………... 1) możliwość zakwaterowania 2) szczególne zainteresowanie zatrudnieniem kandydatów z państw EOG (załącznik) |
| 22. Rodzaj umowy1) umowa na czas nieokreślony;2) umowa na czas określony;3) umowa na okres próbny;4) umowa na zastępstwo; 5) umowa zlecenie; 6) inne ……………………….. | 23. System i rozkład czasu pracy1) jedna zmiana;2) dwie zmiany;3) trzy zmiany;4) inne ……………………………….Dni pracy…………………………….W godz. ……………………………... | 24. Wymiarczasu pracy …………………….. | Czy pracodawca wyraża zgodę na upowszechnienie informacji umożliwiających jego identyfikację?TAK/NIE26. Okres aktualności oferty: ………………………….**** |
| 27. Wysokość wynagrodzenia (brutto w zł)………………………………. | 28. System wynagradzania (miesięczny, godzinowy, akord, prowizja, inny)…………………………………. | 29. Data rozpoczęcia pracy………………………….. | 30. Okres zatrudnienia/ wykonywania pracy od ……..…..do…………. |
| 31. Oczekiwania pracodawcy wobec kandydatów do pracy (wypełnić jeśli wymagane)Poziom wykształcenia (kierunek) …………………………………Staż pracy ………………………………………………………..Uprawnienia, umiejętności …………….………………………….……………………………………………………………………..Znajomość języków obcych /poziom………..…………………………………………………………………………………………………………. | 32. Ogólny zakres obowiązków, rodzaj pracy……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………................……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **III. Adnotacje Urzędu Pracy** |
| 33. Data przyjęcia zgłoszenia | 34. Data odwołania zgłoszenia | 35. Numer zgłoszeniaOFPR/ /  | 36. Sposób przyjęcia oferty: 1) osobiście2) faks3) e-mail4) telefonicznie5) inna forma …………….. |
| 37. Częstotliwość aktualizacji……………………………………. | 38. Data aktualizacji oferty1. ………………………2. ………………………3. ……………………… | 39. Podpis pracownika PUP przyjmującego ofertę |