**INFORMACJA DODATKOWA DO WNIOSKU Wn-W**

**( wyposażenie stanowiska pracy)**

1. **DANE WNIOSKODAWCY**
2. Nazwa pracodawcy……………………………………………………………..….
3. Osoba uprawniona/ upoważniona do reprezentowania pracodawcy wg dokumentów rejestracyjnych ……………………………………………………………………………………….…..

( imię i nazwisko, PESEL )

1. **INFORMACJA O WNIOSKODAWCY**
2. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej …………………………………..
3. Forma prawna prowadzonej działalności( zaznaczyć właściwe)
4. Przedsiębiorstwo prywatne osoby fizycznej
5. Spółka cywilna
6. Sp. z o.o.
7. Inna ………………………………………
8. **DANE DOTYCZĄCE STANU ZATRUDNIENIA U PRACODAWCY W OKRESIE 12 MIESIĘCY POPRZEDZAJĄCYCH ZŁOŻENIE WNIOSKU**
9. Poziom zatrudnienia w firmie w przeliczeniu na pełny etat na dzień złożenia wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska osoby niepełnosprawnej tj. ……………………………….. wynosi …………….

(data złożenia wniosku)

1. W okresie 12-tu miesięcy poprzedzających złożenie wniosku zatrudnienie w przeliczeniu na pełen etat przedstawiało się następująco:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Miesiąc/ rok | Liczba pracowników | l.p. | Miesiąc/ rok | Liczba pracowników |
| 1 |  |  | 7 |  |  |
| 2 |  |  | 8 |  |  |
| 3 |  |  | 9 |  |  |
| 4 |  |  | 10 |  |  |
| 5 |  |  | 11 |  |  |
| 6 |  |  | 12 |  |  |

W przypadku spadku zatrudnienia proszę o podanie przyczyn:

……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….

1. **DANE DOTYCZĄCE TWORZONEGO STANOWISKA PRACY**
2. Liczba wnioskowanych stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych …………
3. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez osoby skierowane - przewidywany zakres obowiązków na tworzonym/ych stanowisku/ach pracy ( zgodne z rubryką nr 26 w druku „ zgłoszenia krajowej oferty pracy”):

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **OPIS PLANOWANEJ INWESTYCJI**
2. Opis przedsięwzięcia ( np. lokalizacja, cele, które mają być osiągnięte, etapy realizacji, wpływ zatrudnienia na sytuację przedsiębiorstwa i osób niepełnosprawnych)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Działania już podjęte przez wnioskodawcę w celu realizacji przedsięwzięcia

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Kalkulacja planowanych wydatków

|  |  |
| --- | --- |
| Wnioskowana kwota refundacji ogółem  brutto/ netto \*) | zł. |
| słownie: |
| Całkowity koszt przedsięwzięcia: ……………………………………………………………………… zł  w tym:  środki z PFRON (kwota wnioskowana)…………………………………………..………………zł  środki własne/ inne ………...…………………………………………………………………….... zł | |

1. **Szczegółowa specyfikacja i harmonogram wydatków** dotyczących wyposażenia stanowiska pracy

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa stanowiska**: ………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | |
| L.p. | Przedmiot zakupu | Cena | Ilość  szt. | Wartość ogółem  brutto/ netto (\* | w tym | |
| środki z PFRON | środki własne lub/i inne |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| Suma wydatków | | | |  |  |  |

\*) **zaznaczyć właściwe UWAGA: pracodawca nie będący płatnikiem VAT rozlicza się z kwot brutto, pozostali - netto**

Uzasadnienie poszczególnych wydatków, biorąc pod uwagę ich wykorzystanie na tworzonym stanowisku pracy przez skierowana osobę niepełnosprawną:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa stanowiska: | | | |
| L.p. | Przedmiot zakupu | Sprzęt nowy/ używany | Uzasadnienie celowości zakupu i przeznaczenia |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |

***Uwagi:***

1. *W przypadku braku miejsca proszę załączyć kalkulacją wydatków oraz uzasadnienie zakupów w analogicznym układzie na dodatkowym arkuszu*
2. *Refundacja obejmuje:*

*- udokumentowane koszty zakupu lub wytworzenia wyposażenia stanowiska pracy, na którym będzie wykonywać pracę osoba niepełnosprawna,*

*- kwotę niepodlegającego odliczeniu podatku od towarów i usług i podatku akcyzowego, związanych z przedmiotami opodatkowania zakupionymi w ramach wyposażenia stanowiska pracy.*

**ZABEZPIECZENIE UMOWY**

W przypadku niedotrzymania warunków umowy o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych proponuję zabezpieczenie umowy w formie:

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMA ZABEZPIECZENIA \*)** | |
| 1 | - Poręczenie osób fizycznych   1. ………………………………………………………….. PESEL ……………………………   ( imię i nazwisko poręczyciela)   1. ………………………………………………………….. PESEL ………………………….   ( imię i nazwisko poręczyciela)   1. ………………………………………………………….. PESEL ………………………….   ( imię i nazwisko poręczyciela ) |
| 2 | - Blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym  - Gwarancja bankowa |
| 3 | - Blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym wraz z poręczeniem  osoby/ osób fizycznej/ych ( dane poręczycieli wpisać powyżej ) |
|  | - inne ……………………………………………………………………… |
| ***\*) zaznaczyć „X” przy wybranej formie***  *W przypadku blokady środków na rachunku bankowym lub gwarancji bankowej wymienionych w wierszu 2 i 3 tabeli – wartość zabezpieczenia stanowi kwota = 160% wartości przyznanej refundacji,*  *Blokada środków na rachunku bankowym lub gwarancja bankowa są dokonywane po podpisaniu umowy z PUP.* | |

1. **OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**Niniejszym 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 odliczonego podatku akcyzowego oraz innych zwrotów związanych z wydatkami objętymi refundacją kosztów wyposażenia stanowiska pracy.

1. **Ubiegam / nie ubiegam\*** się o środki finansowe na to samo przedsięwzięcie z innego źródła.
2. **Oświadczam, że:**

- w miejscu tworzenia stanowiska pracy prowadzę działalność gospodarczą na podstawie ( \* skreślić niewłaściwe):

1. umowy najmu/ umowy dzierżawy \*)
2. aktu własności\*)
3. innego dokumentu ( wpisać jakiego)…………………………………………………

Powyższe oświadczenie składam świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 270 §1 i art. 286 §1 kodeksu karnego ( t.j. Dz. U. z 2024r. poz. 17 ze zm.).

\*niepotrzebne skreślić

……………………………………………….

(data i czytelny podpis pracodawcy)