

Załącznik nr 1 do wniosku pracodawcy o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

..... dnia

.....
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....
(adres)
.....

**Oświadczenie wnioskodawcy
o otrzymanej pomocy publicznej *de minimis*/ oraz
innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 K.K. za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy potwierdzam własnoręcznym podpisem wiarygodność i prawdziwość podanych niżej informacji.

1. Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go dwa lata kalendarzowe

- nie otrzymałem (-am),*
- otrzymałem (-am) *

środków stanowiących pomoc publiczną *de minimis*.

W przypadku otrzymania pomocy *de minimis* należy dołączyć odpowiednie zaświadczenie o udzielonej pomocy *de minimis*.

2. Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go dwa lata kalendarzowe

- nie otrzymałem (-am),*
- otrzymałem (-am) *

środków stanowiących inną pomoc dotyczącą tych samych kosztów kwalifikowalnych wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej.

W przypadku otrzymania innej pomocy, dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej należy wypełnić poniższe zestawienie:

Lp.	Organ pomocy udzielający	Podstawa prawna	Dzień udzielenia pomocy	Wartość pomocy w euro	Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy
1.					
Łącznie:					

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, który brzmi:

„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 aktualny stan zatrudnienia w

wynosi, w tym: pracownicy na czas nieokreślony, na czas określony, ze środków Funduszu Pracy, ze środków PFRON, osoby niepełnosprawne, na umowę cywilno-prawną

Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy pracowników w poszczególnych 12 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku

M-c/rok	Liczba pracowników *
	Suma =
	Średnia =

* nie wlicza się pracowników przebywających na urloпах bezpłatnych, macierzyńskich, wychowawczych, odbywających zasadniczą służbę wojskową, a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego (uczniów).

.....
podpis i pieczęć Pracodawcy

.....
miejscowość i data

Informacje dotyczące planowanego do utworzenia stanowiska pracy

1. Opis działalności pracodawcy:

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

2. Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych, przeciwwskazania zdrowotne

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

3. Uzasadnienie zakupu wyposażenia

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

4. Opis wyposażenia (działanie, opis czynności, zakres, itp.)

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

5. Wyposażenie nowe lub używane

6. Informacje dotyczące stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej:

a) Stanowisko:

b) Zmianowość Godziny pracy od do

- c) Zakres obowiązków osoby niepełnosprawnej
-
-
- d) Wymagane dokumenty przy zgłoszeniu się osoby niepełnosprawnej do pracodawcy
-
-
- e) Zgłoszenie się kandydata: osoba do kontaktu.....
- stanowisko adres.....
-
- w godz.....
- f) Wynagrodzenie osoby niepełnosprawnej.....
- g) Dane kandydata:
- Imię i nazwisko.....
- Miejsce zamieszkania.....
-
- Stopień niepełnosprawności

.....
(podpis i pieczęć pracodawcy)

.....
(pieczęć firmowa Pracodawcy)

.....
(miejsowość i data)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
(ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O PRYZNANIE REFUNDACJI KOSZTÓW
WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

Świadomy, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, jako Pracodawca oświadczam:

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.

.....
(data, podpis i pieczęć wnioskodawcy)

*) – nie potrzebne skreślić.