# Załączniki do wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej

## Załącznik nr 1 do wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej

**Część uzupełniająca do wniosku Wn-W**

### Informacje dotyczące Wnioskodawcy oraz planowanego do utworzenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej

1. Imię i nazwisko oraz zajmowane stanowisko służbowe osoby (osób) upoważnionej (upoważnionych) do podpisywania umów (zgodnie z dokumentami poświadczającymi formę prawną istnienia firmy lub pełnomocnictwem notarialnym do reprezentowania wnioskodawcy):

-

(imię i nazwisko) (stanowisko służbowe)

-

(imię i nazwisko) (stanowisko służbowe)

-

(imię i nazwisko) (stanowisko służbowe)

1. Charakterystyka prowadzonej działalności
2. Opis przedmiotu działalności

1. Opis sytuacji finansowej Wnioskodawcy w roku bieżącym i poprzednich 3 latach obrotowych (m.in. wysokość przychodów, wielkość zysków i strat, przyczyny takiej a nie innej sytuacji itp.)

| **Rok obrotowy** | **Przychody** | **Koszty** | **Zysk / strata** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Opis perspektyw rozwoju Wnioskodawcy, w tym w kontekście planowanych do utworzenia nowych miejsc pracy

1. W przypadku prowadzenia przez Wnioskodawcę innych rodzajów działalności prosimy podać ich nazwę, rodzaj, nr REGON oraz formę prawną działalności

1. Wnioskodawca zatrudnia aktualnie pracowników na podstawie umów o pracę (do liczby pracowników nie należy wliczać: młodocianych, zatrudnionych w ramach umów cywilnoprawnych (np. w ramach umów zlecenie, o dzieło), na urlopach macierzyńskich, urlopach na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopach ojcowskich, rodzicielskich, opiekuńczych lub wychowawczych, przebywających na urlopach bezpłatnych, odbywających służbę wojskową), w tym:

* w pełnym wymiarze czasu pracy: pracowników,
* w niepełnym wymiarze czasu pracy: pracowników,

co daje w przeliczeniu na pełne etaty pracowników, oraz dodatkowo zatrudnia osób na podstawie umów zlecenie, o dzieło.

1. Średni stan zatrudnienia w okresie ostatnich dwunastu miesięcy od daty złożenia wniosku (w tabeli „okres ostatnich 12 miesięcy” należy rozumieć jako pełne miesiące tj. jeżeli wniosek zostanie złożony w połowie miesiąca należy podać stan zatrudnienia w okresie ostatnich 12 miesięcy licząc od pełnego miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku)

| **Lp.** | **Miesiąc i rok** | **Ogólna liczba pracowników (w przeliczeniu na pełny etat)[[1]](#footnote-1)** |
| --- | --- | --- |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |
| 11. |  |  |
| 12. |  |  |

**Średnia liczba zatrudnionych w okresie 12 miesięcy wynosi:**

**Liczba osób zatrudnionych w przedsiębiorstwie na dzień złożenia wniosku (w przeliczeniu na pełne etaty):**

**W tym okresie tj. w ostatnich 12 miesiącach od dnia złożenia wniosku:**

1. „Odeszło” (w przeliczeniu na pełne etaty) osób[[2]](#footnote-2), w tym:

* za wypowiedzeniem przez pracodawcę osób,
* za porozumieniem stron z przyczyn niedotyczących pracownika osób.

1. Zmniejszono wymiar czasu pracy osobie / osobom.

| **Imię i Nazwisko pracownika** | **Data rozwiązania stosunku pracy lub zmniejszenia wymiaru czasu pracy** | **Artykuł Kodeksu Pracy, na podstawie którego doszło do rozwiązania stosunku pracy / inicjator rozwiązania stosunku pracy** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Zatrudniono (w przeliczeniu na pełne etaty) osób, w tym:

* w pełnym wymiarze czasu pracy osób,
* w niepełnym wymiarze czasu pracy osób.

1. Zatrudniono osób na podstawie umów zlecenia, dzieło.
2. Opis czynności na wyposażonym stanowisku

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

1. Opis wyposażenia

| **Lp.** | **Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy** | **Źródło pochodzenia (nowe/używane)** | **Cel zakupu, opis czynności, etc.** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |
| 11. |  |  |  |

**Łączna kwota wydatków na wyposażenie stanowiska pracy wynosi** (w złotych) , w tym:

* w ramach środków refundacji z PFRON: ,
* ze środków własnych:

**Udział % środków własnych do wydatków ogółem wynosi**

1. Informacje dotyczące stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej
2. Stanowisko
3. Zmianowość
4. Godziny pracy od do
5. Zakres obowiązków osoby niepełnosprawnej

1. Wymagane dokumenty przy zgłoszeniu się osoby niepełnosprawnej do pracodawcy

1. Zgłoszenie się kandydata

* Osoba do kontaktu:
* Adres:
* W godzinach:

1. Wynagrodzenie osoby niepełnosprawnej
2. Dane kandydata

* Imię i nazwisko:
* Miejsce zamieszkania:
* Stopień niepełnosprawności:

W przypadku niezakwalifikowania się wyżej wymienionego kandydata Wnioskodawca  **wyraża zgodę** /  **nie wyraża zgody** (właściwe zaznaczyć znakiem „x”) na skierowanie na stanowisko refundowane innego kandydata/innych kandydatów wskazanego/wskazanych przez urząd pracy.

### Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji

W przypadku naruszenia przez pracodawcę warunków umowy Starosta (Urząd Pracy) zażąda zwrotu w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania wezwania do zapłaty dokonanej refundacji wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych.

**Proszę wskazać proponowaną formę zabezpieczenia zwrotu refundacji:** (właściwe zaznaczyć znakiem „x”)

* weksel z poręczeniem wekslowym (aval),
* poręczenie,
* gwarancja bankowa,
* zastaw na prawach lub rzeczach,
* blokada rachunku bankowego,
* akt notarialny o dobrowolnym poddaniu się egzekucji przez dłużnika (w przypadku niniejszego zabezpieczenia należy wypełnić oświadczenie o stanie majątkowym wg wzoru stanowiącego załącznik nr 5 do wniosku) .

W przypadku zabezpieczenia w formie **poręczenia lub weksla z poręczeniem wekslowym (aval)** proszę podać dane poręczyciela / poręczycieli:

1. Poręczyciel 1:

* Nazwisko i imię poręczyciela lub nazwa firmy będącej osobą prawną:

* Adres zameldowania / siedziba firmy będącej osobą prawną:

* PESEL / REGON:

1. Poręczyciel 2:

* Nazwisko i imię poręczyciela lub nazwa firmy będącej osobą prawną:

* Adres zameldowania / siedziba firmy będącej osobą prawną:

* PESEL / REGON:

1. Poręczyciel 3:

* Nazwisko i imię poręczyciela lub nazwa firmy będącej osobą prawną:

* Adres zameldowania / siedziba firmy będącej osobą prawną:

* PESEL / REGON:

Informacje dotyczące zabezpieczeniaw formie **poręczenia lub weksla z poręczeniem wekslowym (aval)**:

* W przypadku zabezpieczenia w formie poręczenia lub weksla z poręczeniem wekslowym (aval) wymagane jest poręczenie co najmniej 2 osób, których stałe dochody miesięczne wynoszą nie mniej niż **6.500 zł brutto** miesięcznie i uzyskiwane będą przez okres co najmniej 40 miesięcy.
* W przypadku poręczenia lub weksla z poręczeniem wekslowym (aval) proszę załączyć oświadczenia poręczycieli (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 4 do wniosku) wraz z dokumentami poświadczającymi wysokość uzyskiwanych przez nich dochodów (wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed datą złożenia wniosku) lub oświadczeniem o dostarczeniu ww. zaświadczeń najpóźniej na 7 dni przed podpisaniem umowy w sprawie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.
* W przypadku poręczenia osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą należy załączyć PIT 28/36 lub zaświadczenie o uzyskanych dochodach za ostatni rok obrachunkowy, zaświadczenie / oświadczenie o niezaleganiu z ZUS i US (składane w oryginale i nie starsze niż 1 miesiąc od daty wystawienia) oraz nieobowiązkowo uwierzytelnione kserokopie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej, nr NIP i REGON.
* W przypadku poręczenia osoby prawnej należy załączyć CIT lub zaświadczenie o uzyskanych dochodach za ostatni rok obrachunkowy, zaświadczenie / oświadczenie o niezaleganiu z ZUS i US (składane w oryginale i nie starsze niż 1 miesiąc od daty wystawienia) oraz nieobowiązkowo uwierzytelnione kserokopie wpisu do KRS, nr NIP i REGON.
* W przypadku osób prowadzących gospodarstwo rolne zaświadczenie z Urzędu Gminy (w oryginale – ważne 1 miesiąc) potwierdzające fakt posiadania gospodarstwa rolnego, określające wielkość w hektarach przeliczeniowych i dochodowość roczną lub kopia decyzji z Urzędu Gminy w formie nakazu płatniczego na łączne zobowiązania pieniężne za rok poprzedni, z którego wynika fakt posiadania gospodarstwa rolnego oraz dodatkowo zaświadczenie z Urzędu Gminy o niezaleganiu z opłatami podatku rolnego, zaświadczenie z KRUS.

**Szczegółowe wytyczne w zakresie poręczenia zawarte zostały w Rozdziale IV Regulaminu dotyczącego zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz form zabezpieczenia zwrotu otrzymanych środków” (wersja podana w ogłoszeniu o naborze).**

### Dane dotyczące współpracy Wnioskodawcy z powiatowymi urzędami pracy

Informacja o realizacji umów (deklaracji, pośrednictwa niesubsydiowanego) zawartych w okresie ostatnich 3 lat z powiatowymi urzędami pracy w zakresie: staży, przygotowania zawodowego dorosłych, szkoleń pod gwarancję zatrudnienia, prac interwencyjnych, refundacji kosztów wyposażenia i doposażenia stanowiska pracy, dotacji na rozpoczęcie własnej działalności gospodarczej oraz innych możliwych prawnie instrumentów finansowanych ze środków Funduszu Pracy, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Europejskie Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

| **Forma** | **Nr umowy / Powiatowy Urząd Pracy** | **Termin umowy od – do** | **Liczba bezrobotnych / ofert pracy w ramach umowy / deklaracji / oferty pracy** | **Liczba bezrobotnych zatrudnionych po umowie / szkoleniu / w ramach złożonych ofert** | **Uwagi** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

**Uwaga!**

* W przypadku współpracy zakładu pracy z innymi niż Powiatowy Urząd Pracy w Kościerzynie urzędami pracy, należy podać nazwę tych urzędów oraz numery i daty zawarcia umów.
* W przypadku deklaracji zatrudnienia po szkoleniu nie wypełniać rubryki „nr umowy / Powiatowy Urząd Pracy”, a w rubryce „termin umowy od-do” podać datę złożenia deklaracji przez zakład pracy.
* W przypadku pośrednictwa niesubsydiowanego nie wypełniać rubryki „nr umowy / Powiatowy Urząd Pracy”, a w rubryce „termin umowy od-do wpisać datę złożenia ofert pracy do Powiatowego Urzędu Pracy.
* W przypadku braku zawarcia umowy z Urzędami Pracy – wpisać **„nie korzystał”**.

**„Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”.**

(miejscowość, data) (pieczątka, podpis kierownika - właściciela zakładu lub osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy)

## Załącznik nr 2 do wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej

(pieczątka wnioskodawcy)

**Oświadczenie Wnioskodawcy**

**Oświadczam, iż**: (właściwe zaznaczyć znakiem „x”)

1. zapoznałem/zapoznałam się z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1706) oraz  **spełniam** /  **nie spełniam** warunki/warunków do ubiegania się o zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy w myśl ww. rozporządzenia;
2. **prowadzę działalność gospodarczą** /  **nie prowadzę działalności gospodarczej** w rozumieniu przepisów ustawy prawo przedsiębiorców przez okres co najmniej 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku (do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej);
3. jednostka którą reprezentuję posiada aktualny(ą):

* wpis do ewidencji działalności gospodarczej,
* wpis w Krajowym Rejestrze Sądowym,
* umowę spółki (dot. spółek cywilnych),
* inny dokument rejestrowy;

1. **zalegam** /  **nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
2. **zalegam** /  **nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych, np.: podatków, opłat i innych, których obowiązek uiszczenia wynika z przepisów prawnych;
3. **posiadam** /  **nie posiadam** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
4. zatrudnię na wyposażonym stanowisku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy skierowaną osobę niepełnosprawną przez okres co najmniej 36 miesięcy;
5. utrzymam utworzone, w związku z przyznaną refundacją, stanowisko pracy przez okres co najmniej 36 miesięcy;
6. **byłem/byłam** /  **nie byłem/nie byłam** karany/karana w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 06.06.1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r., poz. 383) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2024 r., poz. 1822);
7. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku  **zostałem/zostałam** /  **nie zostałem/nie zostałam** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych oraz  **jestem** /  **nie jestem** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie;
8. **jestem** /  **nie jestem** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2025 r., poz. 468),
9. **otrzymałem/otrzymałam pomoc publiczną** /  **nie otrzymałem/nie otrzymałam pomocy publicznej** na przedsięwzięcie, na którego realizację wnioskuję o udzielenie pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis, o udzielenie której wnioskuję w niniejszym wniosku;
10. otrzymanie wnioskowanej kwoty pomocy  **spowoduje** /  **nie spowoduje** przekroczenia limitu wartości pomocy liczonej w okresie ostatnich 3 lat podatkowych (okres ustala się przez odniesienie do lat obrotowych stosowanych w danym państwie) określonego przepisami dla danego rodzaju wsparcia; (zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy);
11. ☐ **jestem** / ☐ **nie jestem** objęty sankcjami nałożonymi w związku z agresją Rosji na Ukrainę,
12. ☐ **jestem** / ☐ **nie jestem** powiązany z osobami objętymi sankcjami w związku z agresją Rosji na Ukrainę,
13. ☐ **jestem** / ☐ **nie jestem** powiązany z osobami prawnymi, podmiotami lub organami z siedzibą w Rosji, które w ponad 50% są własnością publiczną lub są pod kontrolą publiczną Rosji,
14. **wykonuję usługi** /  **nie wykonuję usług** świadczone/świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym (w rozumieniu art. 106 ust. 2 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej);
15. **sporządzam** /  **nie sporządzam** sprawozdania finansowe/sprawozdań finansowych zgodnie z przepisami o rachunkowości (w przypadku, gdy podmiot sporządza ww. sprawozdania należy przedłożyć do Powiatowego Urzędu Pracy w Kościerzynie ich uwierzytelnione kserokopie za okres ostatnich 2 lat obrotowych;
16. **toczy** /  **nie toczy** się w stosunku do mnie postępowanie upadłościowe, ani likwidacyjne oraz nie został złożony i nie przewiduje się złożenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego, ani likwidacyjnego;
17. **spełniam** /  **nie spełniam** /  **nie dotyczy** warunki/warunków rozporządzenia Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023 r.)
18. **spełniam** /  **nie spełniam** /  **nie dotyczy** warunki/warunków rozporządzenia 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 r., str. 9 ze zm.);
19. **spełniam** /  **nie spełniam** /  **nie dotyczy** warunki/warunków rozporządzenia Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, str. 45 ze zm.);
20. **jestem** /  **nie jestem** płatnikiem podatku od towarów i usług – VAT;
21. 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;
22. **ubiegam** /  **nie ubiegam** się o środki finansowe na to samo przedsięwzięcie z innego źródła;
23. oferta pracy została zgłoszona wyłącznie w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kościerzynie, nie naruszając zasady równego traktowania w zatrudnieniu w rozumieniu przepisów prawa pracy;
24. **umożliwię** /  **nie umożliwię** pracownikom Powiatowego Urzędu Pracy w Kościerzynie przeprowadzenie wizyty monitorującej mającej na celu weryfikację danych zawartych w niniejszym wniosku;
25. **zapoznałem/zapoznałam się** /  **nie zapoznałem/nie zapoznałam się** z „Regulaminem dotyczącym zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz form zabezpieczenia zwrotu otrzymanych środków” (wersja podana w ogłoszeniu o naborze).
26. Informacja o stanie cywilnym Wnioskodawcy (dotyczy osoby fizycznej prowadzącej działalność)

* pozostaję w związku małżeńskim będąc jednocześnie we wspólności majątkowej,
* pozostaję w związku małżeńskim mając rozdzielność majątkową (intercyzę) z małżonkiem (załączyć dokument o rozdzielności majątkowej),
* nie pozostaję w związku małżeńskim.

Zapoznałem(am) się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych, która dostępna jest w Biuletynie Informacji Publicznej Powiatowego Urzędu Pracy w Kościerzynie pod adresem (https://pup-koscierzyna.bip.gov.pl/ochrona-danych-osobowych/klauzula-informacyjna.html): klauzula informacyjna ogólna oraz w siedzibie Urzędu.

**„Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”.**

(miejscowość, data) (pieczątka, podpis kierownika - właściciela zakładu lub osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy)

## Załącznik nr 3 do wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej

(pieczątka wnioskodawcy)

# ****Oświadczenie Wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis** (dotyczy beneficjentów pomocy publicznej)**

(dane Wnioskodawcy)

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 k.k.[[3]](#footnote-3) przewidującego karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat za składanie fałszywych zeznań, **oświadczam, iż** w okresie trzech lat poprzedzających dzień wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy de minimis[[4]](#footnote-4) (*właściwe zaznaczyć znakiem „x”*): ☐ **otrzymałem(am)**pomoc de minimis, / ☐ **nie otrzymałem(am)** pomocy de minimis, ☐ w tym pomoc/pomocy de minimis w rolnictwie i rybołówstwie.

W przypadku otrzymania pomocy de minimis z różnych źródeł i w różnych formach należy wypełnić poniższe zestawienie lub dołączyć do wniosku zaświadczenia o otrzymanej pomocy:

| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** | **Wartość pomocy brutto w EURO** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

**Łączna wartość pomocy brutto w EURO:**

Zgodnie z art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 468) w przypadku nieprzekazania lub przekazania nieprawdziwych informacji o pomocy publicznej, o których mowa w art. 39 Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów może, w drodze decyzji, nałożyć na beneficjenta pomocy karę pieniężną do wysokości równowartości 10.000 EURO.

……………………………………… …………………………………………..

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

## Załącznik nr 4 do wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej

Kościerzyna, dnia

**Oświadczenie Poręczyciela**

1. **Dane Poręczyciela**
2. Imię i nazwisko:
3. Adres zamieszkania:

* Pobyt stały:
* Pobyt czasowy:

1. Adres do korespondencji:
2. Dowód osobisty seria nr wydany przez dnia
3. Nr PESEL:
4. Nr telefonu kontaktowego:
5. Stan cywilny (określić: panna/kawaler, mężatka/żonaty, rozwiedziona/rozwiedziony, wdowa/wdowiec – dołączyć odpowiednie dokumenty tj. sentencję wyroku sądu o rozwodzie, akt zgonu)
6. **Informacja o dochodach poręczyciela**
7. Dochody uzyskiwane z tytułu zatrudnienia (proszę podać miejsce pracy, rodzaj zawartej umowy/umów, średnie miesięczne dochody brutto/netto z ostatnich 3 miesięcy) – należy podać dochody osiągane ze wszystkich źródeł:

Dochody uzyskiwane z innych źródeł niż związane z zatrudnieniem za okres ostatnich 3 miesięcy bądź za ostatni rok obrachunkowy (należy podać kwotę i tytuł uzyskiwania dochodów – w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej należy podać zakres/rodzaj działalności wg PKD i miejsce jej wykonywania):

1. **Informacja o zobowiązaniach poręczyciela**
2. Zobowiązania finansowe z tytułu zaciągniętych kredytów / pożyczek / leasingu (należy podać wysokość miesięcznych rat, rodzaj kredytu / pożyczki / leasingu, nazwę kredytodawców / pożyczkodawców / leasingodawców i termin ostatecznej spłaty:

1. Zobowiązania finansowe z tytułu poręczeń lub gwarancji:

1. Zobowiązania finansowe wobec Skarbu Państwa (należy podać rodzaj zobowiązania, jego wysokość i termin spłaty):

* w tym z tytułu podatków:

1. Inne zobowiązania (należy określić jakie i ich wartość):

1. **Informacja o stanie cywilnym**

Oświadczam, że: (właściwe zaznaczyć znakiem „x”)

* pozostaję w związku małżeńskim będąc jednocześnie we wspólności majątkowej,
* pozostaję w związku małżeńskim mając rozdzielność majątkową (intercyzę) z małżonkiem (załączyć dokument o rozdzielności majątkowej),
* nie pozostaję w związku małżeńskim.

**Uwaga!**

Do oświadczenia należy dołączyć zaświadczenie o zarobkach, wystawione przez zakład pracy – ważne 1 miesiąc od daty wystawienia lub inne dokumenty wymienione w załącznikach we wniosku lub oświadczenie o dostarczeniu ww. zaświadczenia najpóźniej na 7 dni przed podpisaniem umowy.

**„Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”.**

(podpis poręczyciela)

**Wypełnia Współmałżonek Poręczyciela**

Imię i nazwisko współmałżonka poręczyciela zamieszkały/zamieszkała PESEL legitymujący/legitymująca się dowodem osobistym seria numer wydanym przez dnia **oświadczam**, że wyrażam zgodę na poręczenie udzielone przez mojego współmałżonka Wnioskodawcy Pani/Panu

(data i podpis współmałżonka poręczyciela)

### Załącznik nr 1 do Poręczenia dla Powiatowego Urzędu Pracy w Kościerzynie

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych dla poręczyciela**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (dalej zwanym RODO) informujemy, iż:

1. Administratorem Twoich danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Kościerzynie reprezentowany przez Dyrektora Urzędu z siedzibą przy ul. Tkaczyka 1, 83-400 Kościerzyna, (nr tel. 58 680 20 56, adres e-mail: sekretariat@koscierzyna.praca.gov.pl).
2. W Powiatowym Urzędzie Pracy w Kościerzynie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu: 58 680 20 52, adres e-mail: a.zazula@koscierzyna.praca.gov.pl.
3. Twoje dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a), b), c), e) i art. 9 ust. 2 lit. b), h) RODO w następujących celach:
4. realizacji obowiązków nałożonych na powiatowe urzędy pracy przepisami:

* ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia i aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie oraz innych ustaw i aktów wykonawczych do tych ustaw, w szczególności w celach: rejestracji bezrobotnych i poszukujących pracy, przyznawania i wypłat zasiłków oraz innych świadczeń z tytułu bezrobocia, realizacji form pomocy i wsparcia, wydawania decyzji administracyjnych, prowadzenia postępowań kontrolnych i windykacyjnych, wydawania opinii przez powiatową radę rynku pracy, opracowywania analiz i sprawozdań statystycznych dotyczących lokalnego rynku pracy,
* ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o warunkach dopuszczalności powierzenia pracy cudzoziemcom na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej,

1. realizacji umów cywilno-prawnych niezbędnych do funkcjonowania Powiatowego Urzędu Pracy w Kościerzynie,
2. ochrony mienia oraz zapewnienia bezpieczeństwa w obrębie nieruchomości Powiatowego Urzędu Pracy w Kościerzynie.
3. Odbiorcami Twoich danych osobowych będą w szczególności: podmioty upoważnione do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w tym organy państwowe i podmioty publiczne (m.in. jednostki Krajowej Administracji Skarbowej, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Najwyższa Izba Kontroli, Wojewódzki Urząd Pracy w Gdańsku, Pomorski Urząd Wojewódzki, Państwowa Inspekcja Pracy, Straż Graniczna, sądy, policja, prokuratura, komornicy, jednostki organizacyjne pomocy społecznej), osoby upoważnione przez administratora danych osobowych, pracodawcy, jednostki szkoleniowe, organizatorzy staży, podmioty obsługujące wypłaty świadczeń dla bezrobotnych, operator pocztowy obsługujący doręczenia przesyłek urzędowych, dostawcy usług IT.
4. Przysługuje Ci prawo dostępu do treści danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu, żądania zaprzestania przetwarzania i prawo przenoszenia danych – w przypadkach i na zasadach określonych w przepisach RODO.
5. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o przepisy prawa. W razie nie podania danych osobowych Administrator nie będzie mógł spełnić obowiązku ustawowego wobec osoby, której dotyczą.
6. Twoje dane osobowe będą przetwarzane w ramach dokumentacji prowadzonej w formie papierowej i elektronicznej przez okres wynikający z Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt obowiązującego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kościerzynie, tj.:
7. przez okres 10 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zakończono udzielenie pomocy,
8. dane osobowe w odniesieniu do osób, które skorzystały ze środków na podjęcie działalności gospodarczej, ze środków na założenie lub przystąpienie do spółdzielni socjalnej, oraz dane osobowe, w odniesieniu do osób, które skorzystały z umorzenia pożyczki na podjęcie działalności gospodarczej, są przetwarzane przez okres 50 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zakończono udzielenie pomocy,
9. dane osób fizycznych świadczących umowy cywilno-prawne na rzecz Administratora będą przetwarzane przez okres obowiązywania zawartej umowy oraz po zakończeniu obowiązywania tej umowy przez okres wskazany w przepisach szczególnych, w tym przez okres wymagany do dochodzenia roszczeń oraz okres przechowywania wymagany przez organy kontrolne, w szczególności ZUS,
10. dane osób przetwarzane na podstawie zgody do momentu wycofania zgody.
11. Gdy uznasz, że przetwarzanie danych osobowych Ciebie dotyczących narusza przepisy prawa, masz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

**Zapoznałam/zapoznałem się z powyższą klauzulą informacyjną.**

Data, czytelny podpis

### Załącznik nr 2 do Poręczenia dla Powiatowego Urzędu Pracy w Kościerzynie

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych dla współmałżonka poręczyciela**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (dalej zwanym RODO) informujemy, iż:

1. Administratorem Twoich danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Kościerzynie reprezentowany przez Dyrektora Urzędu z siedzibą przy ul. Tkaczyka 1, 83-400 Kościerzyna, (nr tel. 58 680 20 56, adres e-mail: sekretariat@koscierzyna.praca.gov.pl).
2. W Powiatowym Urzędzie Pracy w Kościerzynie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu: 58 680 20 52, adres e-mail: a.zazula@koscierzyna.praca.gov.pl.
3. Twoje dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a), b), c), e) i art. 9 ust. 2 lit. b), h) RODO w następujących celach:
4. realizacji obowiązków nałożonych na powiatowe urzędy pracy przepisami:

* ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia i aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie oraz innych ustaw i aktów wykonawczych do tych ustaw, w szczególności w celach: rejestracji bezrobotnych i poszukujących pracy, przyznawania i wypłat zasiłków oraz innych świadczeń z tytułu bezrobocia, realizacji form pomocy i wsparcia, wydawania decyzji administracyjnych, prowadzenia postępowań kontrolnych i windykacyjnych, wydawania opinii przez powiatową radę rynku pracy, opracowywania analiz i sprawozdań statystycznych dotyczących lokalnego rynku pracy,
* ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o warunkach dopuszczalności powierzenia pracy cudzoziemcom na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej,

1. realizacji umów cywilno-prawnych niezbędnych do funkcjonowania Powiatowego Urzędu Pracy w Kościerzynie,
2. ochrony mienia oraz zapewnienia bezpieczeństwa w obrębie nieruchomości Powiatowego Urzędu Pracy w Kościerzynie.
3. Odbiorcami Twoich danych osobowych będą w szczególności: podmioty upoważnione do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w tym organy państwowe i podmioty publiczne (m.in. jednostki Krajowej Administracji Skarbowej, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Najwyższa Izba Kontroli, Wojewódzki Urząd Pracy w Gdańsku, Pomorski Urząd Wojewódzki, Państwowa Inspekcja Pracy, Straż Graniczna, sądy, policja, prokuratura, komornicy, jednostki organizacyjne pomocy społecznej), osoby upoważnione przez administratora danych osobowych, pracodawcy, jednostki szkoleniowe, organizatorzy staży, podmioty obsługujące wypłaty świadczeń dla bezrobotnych, operator pocztowy obsługujący doręczenia przesyłek urzędowych, dostawcy usług IT.
4. Przysługuje Ci prawo dostępu do treści danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu, żądania zaprzestania przetwarzania i prawo przenoszenia danych – w przypadkach i na zasadach określonych w przepisach RODO.
5. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o przepisy prawa. W razie nie podania danych osobowych Administrator nie będzie mógł spełnić obowiązku ustawowego wobec osoby, której dotyczą.
6. Twoje dane osobowe będą przetwarzane w ramach dokumentacji prowadzonej w formie papierowej i elektronicznej przez okres wynikający z Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt obowiązującego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kościerzynie, tj.:
7. przez okres 10 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zakończono udzielenie pomocy,
8. dane osobowe w odniesieniu do osób, które skorzystały ze środków na podjęcie działalności gospodarczej, ze środków na założenie lub przystąpienie do spółdzielni socjalnej, oraz dane osobowe, w odniesieniu do osób, które skorzystały z umorzenia pożyczki na podjęcie działalności gospodarczej, są przetwarzane przez okres 50 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zakończono udzielenie pomocy,
9. dane osób fizycznych świadczących umowy cywilno-prawne na rzecz Administratora będą przetwarzane przez okres obowiązywania zawartej umowy oraz po zakończeniu obowiązywania tej umowy przez okres wskazany w przepisach szczególnych, w tym przez okres wymagany do dochodzenia roszczeń oraz okres przechowywania wymagany przez organy kontrolne, w szczególności ZUS,
10. dane osób przetwarzane na podstawie zgody do momentu wycofania zgody.
11. Gdy uznasz, że przetwarzanie danych osobowych Ciebie dotyczących narusza przepisy prawa, masz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

**Zapoznałam/zapoznałem się z powyższą klauzulą informacyjną.**

Data, czytelny podpis

## Załącznik nr 5 do wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej

**Oświadczenie o stanie majątkowym wnioskodawcy** (składane w przypadku zabezpieczenia w formie aktu notarialnego)

Imię i nazwisko lub pełna nazwa podmiotu składającego oświadczenie

**Niniejszym oświadczam, iż jestem / reprezentowany przeze mnie podmiot jest** (niepotrzebne skreślić) **właścicielem, bądź współwłaścicielem niżej wymienionych rzeczy ruchomych i nieruchomości wolnych od wad prawnych:**

1. Posiadane rachunki i lokaty bankowe:

| **Bank i nr rachunku** | **Aktualny stan rachunku** | **Blokada na rzecz** | **Do kiedy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Posiadane nieruchomości:

| **Adres nieruchomości** | **Przeznaczenie** | **Wartość rynkowa** | **Nr Księgi Wieczystej** | **Ustanowione hipoteki / obciążenia** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Posiadane rzeczy ruchome:

| **Rodzaj i typ rzeczy ruchomej** | **Nr rzeczy ruchomej** | **Wartość rynkowa** | **Rok produkcji** | **Zastaw / przewłaszczenie** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Posiadany majątek w formie pieniężnej i dobra ruchome o wysokiej wartości:

| **Rodzaj** (papiery wartościowe, kolekcje dzieł sztuki, kamienie szlachetne, polisy ubezpieczeniowe) | **Wartość rynkowa** | **Data ważności** | **Cesja na rzecz** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Zaangażowanie w innych firmach lub przedsięwzięciach:

| **Nazwa i adres firmy** | **Rodzaj przedsięwzięcia** | **Wartość rynkowa** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Powyższy majątek **jest / nie jest** (niepotrzebne skreślić) objęty wspólnością majątkową małżeńską:

(imię i nazwisko małżonka, PESEL)

Składając niniejszą deklarację oświadczam, iż **„Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”.**

Jednocześnie zobowiązuję się do pisemnego powiadamiania o zmianach stanu majątkowego i oświadczam, iż do chwili powiadomienia mogą być one uważane za aktualne.

(miejscowość i data) (pieczątka i podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

1. Liczba pracowników w danym miesiącu oznacza ilość osób zatrudnionych w ciągu jednego miesiąca w przeliczeniu na pełne etaty; do liczby zatrudnionych nie wlicza się osób na urlopach macierzyńskich, urlopach na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopach ojcowskich, rodzicielskich, opiekuńczych, wychowawczych, bezpłatnych, młodocianych, odbywających służbę wojskową, osób zatrudnionych na umowę o dzieło, umowę zlecenie oraz w ramach innych umów cywilnoprawnych. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku rozwiązania stosunku pracy z pracownikiem w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku należy przedłożyć do wglądu uwierzytelnione kserokopie świadectw pracy tych pracowników. [↑](#footnote-ref-2)
3. art. 233 Kodeksu karnego:

   § 1. Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.

   § 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznania, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie. [↑](#footnote-ref-3)
4. Pomoc de minimis oznacza pomoc przyznaną **JEDNEMU PRZEDSIĘBIORSTWU\*** w okresie trzech lat, która łącznie z pomocą udzieloną na podstawie składanego wniosku nie przekroczy równowartości 300.000 EUR – w przypadku podmiotów będących przedsiębiorstwem prowadzącym działalność gospodarczą, lub która łącznie z pomocą udzieloną na podstawie składanego wniosku nie przekroczy równowartości 50.000 EUR w przypadku przedsiębiorstw prowadzących działalność w zakresie podstawowej produkcji produktów rolnych, lub która w okresie trzech lat podatkowych łącznie z pomocą udzieloną na podstawie składanego wniosku nie przekroczy wartości 30.000 EUR w przypadku podmiotów prowadzących działalność w zakresie produkcji podstawowej produktów rybołówstwa i akwakultury.

   \***JEDNO PRZEDSIĘBIORSTWO** oznacza wszystkie jednostki gospodarcze, które pozostają w co najmniej jednym z następujących stosunków:

   jedna jednostka gospodarcza posiada w drugiej jednostce gospodarczej większość praw głosu akcjonariuszy lub wspólników (lub członków);

   jedna jednostka gospodarcza ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innej jednostki gospodarczej;

   jedna jednostka gospodarcza ma prawo wywierać dominujący wpływ na inną jednostkę gospodarczą zgodnie z umową zawartą z tą jednostką lub postanowieniami w jej akcie założycielskim lub umowie spółki;

   jedna jednostka gospodarcza, która jest akcjonariuszem lub wspólnikiem (lub jej członkiem) w innej jednostce gospodarczej, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami lub wspólnikami tej jednostki, większość praw głosu akcjonariuszy lub wspólników (lub członków) tej jednostki.

   Jednostki gospodarcze pozostające w jakimkolwiek ze stosunków, o których mowa w lit. a)-d), poprzez co najmniej jedną inną jednostkę gospodarczą również są uznawane za jedno przedsiębiorstwo.

   \*\* Jeśli Wnioskodawca posiada ww. powiązanie/a z innym/i przedsiębiorstwami należy wskazać pomoc de minimis łącznie, tj. Pracodawca, który składa wniosek + przedsiębiorstwa powiązane. Ponadto w przypadku, gdy Wnioskodawca jest spółką cywilną, powyższe Oświadczenie, tj. Załącznik nr 3 do wniosku, należy złożyć dla spółki cywilnej, a także dla każdego ze Wspólników z osobna. [↑](#footnote-ref-4)