

## **WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO WNIOSKU Wn-W**

1. Załącznik nr 1 Dodatkowe informacje o wnioskodawcy.
2. Załącznik nr 2 Oświadczenie wnioskodawcy
3. Załącznik nr 3 Oświadczenie wnioskodawcy o pomocy de minimis i Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
4. Załącznik nr 4 Oświadczenie poręczyciela wg załączonego wzoru.
5. Dokumenty dotyczące zabezpieczenia zwrotu otrzymanej refundacji wyposażenia stanowiska pracy.\*

\*Zaświadczenia mogą być dostarczone po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku

## Załącznik nr 1

### DODATKOWE INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

1. Pełna nazwa Wnioskodawcy

.....

2. Siedziba Wnioskodawcy

.....

3. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu w sprawie złożonego wniosku

.....nr telefonu.....

4. Sprawozdanie ze stanu zatrudnienia za okres 12 miesięcy przed wystąpieniem o zwrot kosztów:

Lp.	Miesiąc/rok	Liczba osób w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy	Lp.	Miesiąc/rok	Liczba osób w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy
1.			7.		
2.			8.		
3.			9.		
4.			10.		
5.			11.		
6.			12.		

W przypadku zmian kadrowych w w/w okresie prosimy o podanie przyczyny.....

.....

.....

Średni stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy z okresu 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku wynosi.....osób.

Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wynosi..... osób.

5. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu otrzymanych środków na wyposażenie stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej:

<b>Wyszczególnienie</b>	
Poręczenie	
Weksel z poręczeniem wekslowym (awal)	
Gwarancja bankowa	
Zastaw na prawach lub rzeczach	
Akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika	
Blokada rachunku bankowego	

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

/ miejscowość, data /

.....

/pieczętka i podpis Wnioskodawcy/

## Załącznik nr 2

### OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK O PRYZNANIE ZWROTU KOSZTÓW WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Oświadczam, że:

1. **Jestem / nie jestem** <sup>\*)</sup> płatnikiem podatku od towarów i usług - VAT.
2. Zapoznałem/am się z treścią ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz aktami wykonawczymi do wymienionej ustawy.
3. Zapoznałem się z treścią Regulaminu zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
/ miejscowość, data /

.....  
/pieczętka i podpis Wnioskodawcy/

<sup>\*)</sup> niepotrzebne skreślić

*Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Wodzisławiu Śląskim. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych e-mail: [iod@pup-wodzislaw.pl](mailto:iod@pup-wodzislaw.pl). Więcej informacji nt. przetwarzania Pani/Pana danych osobowych <https://pup.bip.powiatwodzislawski.pl> w zakładce ochrona danych osobowych, w punkcie informacyjnym i w kancelarii urzędu.*