**Do wniosku należy dodatkowo złożyć:**

1. Dokumenty potwierdzające formę prawną Wnioskodawcy:
* w przypadku wnioskodawców podlegających wpisowi do Ewidencji Działalności Gospodarczej - dokument potwierdzający wpis do EDG w formie wydruku ze strony internetowej CEIDG
* w przypadku wnioskodawców podlegających wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego – dokument potwierdzający wpis do KRS w formie lub kserokopia dokumentu rejestrowego wydanego przez Sąd nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku;
* kserokopie innych dokumentów potwierdzających formę prawną istnienia Wnioskodawcy, np. kserokopia statutu, regulaminu, uchwały, umowy spółki cywilnej itp.;
1. Kserokopię dokumentu potwierdzającego upoważnienie do reprezentacji i podpisania umowy.

 tj. kserokopię powołania, mianowania lub pełnomocnictwo udzielone przez uprawnione osoby, o ile nie wynika ono z innych dokumentów dołączonych do wniosku.

1. Kserokopie dokumentów potwierdzających podstawę użytkowania miejsca, w którym zostaną zatrudnione skierowane osoby niepełnosprawne np. kserokopię umowy najmu, dzierżawy, kserokopię aktu własności (w przypadku, gdy nie wynika ono z dokumentacji rejestrowej lub innej dołączonej do wniosku).
2. Oferty cenowe lub faktury pro-forma dotyczące wydatków wymienionych w cz. E2 wniosku.
3. Załącznik nr 1- szczegółową specyfikację wydatków wraz z uzasadnieniem.
4. Załącznik nr 2 – informacje dodatkowe dotyczące stanowiska pracy.
5. Załącznik nr 3 – oświadczenie Pracodawcy.
6. Załącznik nr 4 – oświadczenie Pracodawcy o wysokości otrzymanej pomocy publicznej.
7. Załączniki wymienione w formularzu Wn-W.

**Ponadto, ze względu na fakt, iż refundacja stanowi pomoc de minimis** w rozumieniu przepisów rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. lubnr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym albo we właściwych przepisach Unii Europejskiej dotyczących pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury; **Pracodawca do wniosku dołącza:**

1. **W** przypadku**, gdy otrzymano pomoc de minimis**, wszystkie **zaświadczenia potwierdzające otrzymanie tej pomocy**, w roku w którym Wnioskodawca ubiega się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat obrotowych, albo oświadczenia o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie;
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis
w oparciu o Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis lub Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

**Załącznik nr 1**

Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P | Nazwa wydatku | Uzasadnienie zgodności wydatku w związku z tworzonym stanowiskiem pracy: | Wnioskowana kwota środków PFRON w PLN: |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
|  | **Wnioskowana kwota refundacji w PLN:** |  |

……………………………………

 (data, podpis i pieczęć Pracodawcy)

**Załącznik nr 2**

**INFORMACJE DODATKOWE DOTYCZĄCE PRACODAWCY**

**I STANOWISKA PRACY**

1. Współpraca Wnioskodawcy z PUP w Środzie Śląskiej w okresie ostatnich trzech lat przed dniem złożenia wniosku\*\*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **forma aktywizacji zawodowej**(prace interwencyjne, staż, doposażenie/wyposażenie stanowiska pracy, dotacja na rozpoczęcie dział. gosp., inna): | **okres współpracy (miesiąc, rok):** | **liczba osób przyjętych**przez Wnioskodawcę **w ramach wskazanej formy** aktywizacji zawodowej: | **liczba osób**, którym Wnioskodawca powierzył wykonywanie pracy **po zakończonej formie** aktywizacji zawodowej: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Charakterystyka oferowanych stanowisk pracy, oczekiwania wobec kandydatów
i proponowane warunki pracy:

|  |  |
| --- | --- |
| **Proponowana liczba** **osób do zatrudnienia** |  |
| **Nazwa stanowiska pracy** |  |
| **Dane identyfikujące kandydata** do ww. formy aktywizacji |  |
| **Rodzaj prac**, które mają być wykonywane na stanowisku |  |
| **Konieczne lub pożądane kwalifikacje** **i inne wymogi** (w tym np. poziom i kierunek wykształcenia, doświadczenie zawodowe, ukończone kursy itp.) |  |
| **Miejsce wykonywania pracy** (adres) |  |
| **Wynagrodzenie miesięczne** (brutto) |  |

**Załącznik nr 3**

 **OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

1. Oświadczam, iż na dzień złożenia wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej jestem **Pracodawcą,** a stan zatrudnienia pracowników wynosi ogółem ……….., w tym w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na dzień złożenia wniosku: ……….., (zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego lub umowy o pracę nakładczą).
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.
3. **ubiegam / nie ubiegam\*** się o środki finansowe na to samo przedsięwzięcie z innego źródła.
4. **prowadzę / nie prowadzę**\* działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, przez okres 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, z tym że do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej;
5. **nie zalegam / zalegam**\* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie i w pełnej wysokości należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
6. **nie zalegam / zalegam**\* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
7. **nie posiadam / posiadam**\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
8. **nie byłem karany / byłem karany**\* w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – 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. Nr 197, poz. 1661, z późn. zm.);
9. **przysługuje / nie przysługuje\*** mi prawo do odliczenia lub zwrotu, zgodnie z ustawą z dnia
11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2011 r., nr 177, poz. 1054) równowartości podatku naliczonego dotyczącego zakupionych towarów i usług w ramach przyznanej refundacji;
10. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku:
	1. **nie zostałem / zostałem\*** ukarany za naruszenie przepisów prawa pracy;
	2. **nie zostałem / zostałem\*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy;
	3. **jestem / nie jestem\*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
11. **spełniam / nie spełniam\*** warunki określone w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013);
12. **spełniam / nie spełniam\*** warunki określone w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym albo we właściwych przepisach Unii Europejskiej dotyczących pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury;

**UWAGA!**

Przy ustalaniu wartości pomocy udzielonej Wnioskodawcy uwzględnia się także sumę wartości pomocy udzielonej przedsiębiorstwom powiązanym

1. **otrzymałem / nie otrzymałem\*** pomocy de minimis w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat obrotowych.
2. **jestem / nie jestem\*** pracodawcą, na którym ciąży obowiązek zwrotu wcześniej otrzymanej pomocy publicznej.

**\* niepotrzebne skreślić**

**Dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym na dzień złożenia wniosku. W przypadku zaistnienia zmian zobowiązuję się poinformować Urząd o tym fakcie.**

**.**

……………………………………

 (data, podpis i pieczęć Pracodawcy)

**Załącznik nr 4**

………………………….

 (pieczęć pracodawcy)

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**O WIELKOŚCI OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS**

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

**w ciągu bieżącego roku oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie** refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej:

* otrzymałem / nie otrzymałem\* środki stanowiące pomoc publiczną de minimis;

W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć kopie zaświadczeń o otrzymanej pomocy

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

…………………………………………..

 (data, podpis i pieczęć Pracodawcy)

\* niepotrzebna skreślić