

# Wn – W Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

Podstawa prawna: Art. 26e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44 z późn.zm.)

Składający<sup>1</sup>:  A. Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.

B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.

Adresat:  A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.  B. Prezes Zarządu Funduszu.

## A. Dane o wniosku

1. Wniosek <sup>1</sup>	2. Numer akt	3. Data wpływu
<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący		____-____-____

## Część I

## B. Dane ewidencyjne składającego

B1. Dane ewidencyjne i adres składającego					
4. Imię (imiona) i nazwisko składającego				5. NIP	6. PKD
7. Województwo			8. Miejscowość		
9. Kod pocztowy	10. Poczta	11. Ulica		12. Nr domu	13. Nr lokalu
14. Telefon <sup>2</sup>		15. Faks <sup>2</sup>		16. E-mail	
B2. Adres do korespondencji <i>Wypełnia składający mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1</i>					
17. Kod pocztowy	18. Poczta	19. Ulica		20. Nr domu	21. Nr lokalu
22. Telefon <sup>2</sup>		23. Faks <sup>2</sup>		24. E-mail	
B3. Dodatkowe informacje					
25. Nazwa banku			26. Numer rachunku bankowego		
27. Krótki opis dotychczasowej działalności					

## C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy<sup>3</sup>

28. Wnioskowana kwota ogółem	29. Forma zabezpieczenia
------------------------------	--------------------------

## D. Analiza finansowa składającego (1)<sup>4</sup>

Aktywa trwałe i obrotowe	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
Grunty	30.	31.	32.
Budynki	33.	34.	35.
Pozostały rzeczowy majątek (trwały)	36.	37.	38.
Zapasy	39.	40.	41.
Środki na rachunku bankowym	42.	43.	44.
Należności od odbiorców	45.	46.	47.
Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej)	48.	49.	50.
Razem	51.	52.	53.
Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
Kapitał własny	54.	55.	56.
Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty	57.	58.	59.
Zobowiązania wobec dostawców	60.	61.	62.
Inne zobowiązania	63.	64.	65.
Razem	66.	67.	68.

Wn-W (I) 1/2

<sup>1</sup> W odpowiednich polach wstawić znak X. Nie wypełniać poz. 6, 7, 25–27, 30–72 w przypadku wykazania tych danych w innym wniosku Wn-W składanym łącznie z niniejszym wnioskiem.

<sup>2</sup> Należy podać także numer kierunkowy.

<sup>3</sup> Dla stanowiska pracy, którego dotyczy refundacja, należy wypełnić część II wniosku po poniesieniu kosztów podlegających refundacji i wraz z kopią dowodu poniesienia tych kosztów dołączyć do złożonego wniosku.

<sup>4</sup> Pracodawcy nieprowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu, składając wniosek, nie wypełnia poz. 30–72.

**D. Analiza finansowa składającego (2)**

69. Zobowiązania budżetowe	70. Inne zobowiązania	71. Kwota kredytów bankowych	72. Nazwa banku
----------------------------	-----------------------	------------------------------	-----------------

**E. Dane dotyczące stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej****E1. Charakterystyka stanowiska pracy<sup>5</sup>**

73. Nazwa stanowiska pracy	74. Lokalizacja stanowiska pracy		
75. Opis operacji i czynności wykonywanych na wyposażonym stanowisku pracy	76. Wymagane kwalifikacje i umiejętności pracownika niepełnosprawnego	77. Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych	78. Rodzaj i stopień niepełnosprawności osób, które mogą wykonywać pracę na wyposażonym stanowisku

**E2. Informacje o wyposażeniu stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**

Lp.	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy do refundacji	Zmianowość <sup>6</sup>	Liczba osób do obsługi <sup>7</sup>	Wymiar czasu pracy <sup>8</sup>	Koszty wyposażenia stanowiska pracy <sup>9</sup>	Kwota do refundacji
1	79.	80.	81.	82.	83.	84.	85.
2	86.	87.	88.	89.	90.	91.	92.
3	93.	94.	95.	96.	97.	98.	99.
4	100.	101.	102.	103.	104.	105.	106.
5	107.	108.	109.	110.	111.	112.	113.
6	114.	115.	116.	117.	118.	119.	120.

**Oświadczam, że<sup>1</sup>:**

- posiadam /  nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- zalegam /  nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
- toczy się /  nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.

**Do wniosku załączam:**

- aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w bloku B,
- odpowiednio: bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata<sup>10</sup> obrotowe — w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach — roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata<sup>10</sup> wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego,
- aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

121. Data sporządzenia wniosku ____-____-____	122. Podpis i pieczęć składającego
--	------------------------------------

**F. Opinia powiatowego urzędu pracy o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej stanowiska pracy zarejestrowanych osób niepełnosprawnych**

123. Data sporządzenia opinii ____-____-____	124. Podpis i pieczęć

<sup>5</sup> W przypadku różnych stanowisk pracy, dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach.

<sup>6</sup> W przypadku planowego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.

<sup>7</sup> Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.

<sup>8</sup> Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat.

<sup>9</sup> Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W.

<sup>10</sup> W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy.

## I. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

### 1. Podstawowe informacje o podmiocie (Wnioskodawcy)

Pełna nazwa podmiotu: .....

Adres siedziby podmiotu: .....

Numery telefonu: ..... Faxu.....

Miejsce wykonywania prac przez skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy (proszę podać adres)

.....

REGON: .....NIP.....PKD.....

Data rozpoczęcia działalności gospodarczej .....

Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności:.....

.....

Forma rozliczenia z Urzędem Skarbowym .....

Osoba upoważniona do kontaktu w sprawie realizacji przedmiotowego wniosku:

Imię i nazwisko: ..... stanowisko .....

Telefon .....

Adres email .....

### 2. Informacja na temat zatrudnienia

Na dzień złożenia wniosku stan zatrudnienia ogółem wynosi: .....osób

### 3. Dane dotyczące wyposażanego stanowiska pracy

Wnioskowana liczba stanowisk pracy do refundacji

.....

**Wnioskowana kwota do refundacji** .....

Uzasadnienie konieczności utworzenia stanowisk/a pracy objętych refundacją

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rodzaj pracy i zakres czynności jakie będą wykonywane przez skierowanych bezrobotnych na poszczególnych stanowiskach pracy (szczegółowy opis realizowanych zadań):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. **Ubiegam/ nie ubiegam\* się** o środki finansowe na to samo przedsięwzięcie z innego źródła.

5. Imię i nazwisko proponowanego kandydata /data urodzenia:

.....

UWAGA: W przypadku nie wskazania kandydatów bądź nie zakwalifikowania się w/wym kandydata, wnioskodawca wyraża zgodę na skierowanie do pracy innego kandydata – TAK / NIE\*

6. **Formy zabezpieczenia w przypadku ewentualnego zwrotu środków:**

(zaznaczyć wybraną formę)

**poręczenie przez dwie osoby - weksel z poręczeniem wekslowym (aval)**

Poręczycielem może być osoba prawna, podmiot nie posiadający osobowości prawnej, a posiadający zdolność do czynności prawnych oraz osoba fizyczna, która osiąga wynagrodzenie lub dochód co najmniej 70% przeciętnego wynagrodzenia brutto miesięcznie.

**blokada rachunku bankowego;**

Zabezpieczenie dofinansowania w postaci blokady środków zgromadzonych na rachunku bankowym oraz gwarancji bankowej powinno stanowić wartość nie mniejszą niż 150 % kwoty udzielonego dofinansowania.

**akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika;**

(w przypadku wskazania aktu notarialnego, do wniosku należy dołączyć *oświadczenie majątkowe wnioskodawcy – na druku Urzędu*).

Zabezpieczenie dofinansowania w postaci aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji przez dłużnika i poręczycieli powinno stanowić wartość nie mniejszą niż 200 % kwoty udzielonego dofinansowania.

**poręczenie osób trzecich wg prawa cywilnego (przez dwie osoby);**

**gwarancja bankowa;**

**zastaw na prawach i rzeczach.**

\*niewłaściwe skreślić

ostateczna decyzja co do wyboru proponowanej formy zabezpieczenia należy do Dyrektora PUP w/m

**Oświadczam, że zapoznałem /am się z treścią regulaminu przyznawania zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej oraz form zabezpieczenia zwrotu otrzymanych środków z PFRON**

.....  
(data, czytelny podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania)

**Do wniosku (stanowiącego załącznik nr 1 do wniosku Wn-W) należy załączyć:**

1. Kserokopię aktualnego dokumentu potwierdzającego formę prawną istnienia firmy w przypadku:
  - a) spółki cywilnej: zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej każdego ze wspólników oraz umowa spółki z ewentualnymi aneksami,
  - b) spółki jawnej: umowa spółki z ewentualnymi aneksami oraz wypis z rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego.
2. Oświadczenia podmiotu, które stanowi **Załącznik Nr 2** do wniosku.
3. Oświadczenie w zakresie wykluczenia podmiotu ubiegającego się o wsparcie ze środków publicznych - **Załącznik Nr 3** do wniosku.
4. Oświadczenie dotyczące pomocy de minimis.
5. Formularz informacji przedstawiany przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
6. Bilanse oraz rachunki zysków i strat za ostatnie dwa lata obrotowe lub roczne rozliczenie podatkowe za ostatnie dwa lata, wraz dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego (w przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy).
7. Aktualne zaświadczenie z banku o:
  - a) posiadanych środkach finansowych,
  - b) obrotach na rachunku za ostatni rok,
  - c) ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia,
  - d) lokatach terminowych.
8. Oświadczenia poręczycieli (w przypadku wskazania takiej formy zabezpieczenia).
9. Oświadczenie majątkowe (w przypadku wskazania aktu notarialnego jako proponowana forma zabezpieczenia refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej).

**Oświadczam/my, że w dniu złożenia wniosku o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej:**

1. Nie zalegam/y w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
2. Nie posiadam/y zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. Prowadzę/imy działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców, przez okres co najmniej 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, z tym że do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresów zawieszenia działalności gospodarczej.
4. Nie znajduję/my się w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielenia pomocy publicznej – Wytyczne wspólnotowe dotyczące pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw.
5. Nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
6. Spełniam/y warunki określone w rozporządzeniu.
7. Zobowiązuję/emy się do złożenia, w dniu podpisania umowy, dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z powiatowym urzędem pracy, otrzymam/my pomoc publiczną lub pomoc de minimis.
8. Utrzymam/y przez okres 36 miesięcy stanowisko/a pracy utworzone w związku z przyznaną refundacją.
9. Obejmę/iemy zatrudnionych bezrobotnych wszelkimi uprawnieniami wynikającymi z przepisów prawa pracy z tytułu ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych, przysługujących pozostałym pracownikom zatrudnionym w zakładzie.
10. Jestem/Nie jestem\* zobowiązany do składania sprawozdań finansowych zgodnie z przepisami o rachunkowości.
11. Jestem/Nie jestem\* płatnikiem podatku od towarów i usług – VAT.
12. 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.

\*niepotrzebne skreślić

**W przypadku braku zgodności któregokolwiek z powyższych oświadczeń ze stanem faktycznym, wskazać nr pozycji i przedstawić prawidłową treść oświadczenia.**

.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy lub osoby  
uprawnionej do reprezentowania)

w zakresie wykluczenia podmiotu ubiegającego się o wsparcie ze środków publicznych w oparciu o ustawę z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2022, poz. 835) (Ustawa)

Nazwa podmiotu	
Adres podmiotu (kod, miejscowość, ulica, nr lokalu)	
NIP	

- Oświadczam(y), że podmiot, który reprezentuję **jest wpisane\*/nie jest wpisane\*** na liście, o której mowa w art. 2 ust.1 Ustawy, przez co **wspiera\*/nie wspiera\*** w sposób bezpośredni lub pośredni (zaznaczyć odpowiednie):
  - agresję Federacji Rosyjskiej na Ukrainę rozpoczętą w dniu 24 lutego 2022 r  
lub
  - poważnego naruszenia praw człowieka lub represji wobec społeczeństwa obywatelskiego i opozycji demokratycznej lub których działalność stanowi inne poważne zagrożenie dla demokracji lub praworządności w Federacji Rosyjskiej lub na Białorusi.
- Jestem(-my)\*/nie jestem(-my)\*** bezpośrednio związani z takimi osobami lub podmiotami, o których mowa w pkt 1 lit. a) i b) w szczególności ze względu na powiązania o charakterze osobistym, organizacyjnym, gospodarczym lub finansowym, lub wobec których istnieje prawdopodobieństwo wykorzystania w tym celu dysponowanych przez nie takich środków finansowych, funduszy lub zasobów gospodarczych (zaznaczyć odpowiednie).

Zobowiązuję(my) się niezwłocznie poinformować Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim, o wystąpieniu przesłanek wykluczenia, o których mowa w pkt 1 i/lub pkt 2 tj. **wpisaniu na listę, o której mowa w art. 2 ust. 1 Ustawy.**

Oświadczam(my), że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Powiatowego Urzędu Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim w błąd przy przedstawieniu informacji.

.....  
(miejscowość, dnia)

.....  
(podpis osoby upoważnionej)

Wypełnia pracownik PUP:

W/w podmiot figuruje/ nie figuruje na liście sankcyjnej znajdującej się na stronie BIP MSWiA:  
<https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>

.....  
(miejscowość, dnia)

.....  
(podpis pracownika PUP)

# OŚWIADCZENIE MAJĄTKOWE WNIOSKODAWCY

(należy dołączyć tylko w przypadku wskazania aktu notarialnego jako proponowana forma zabezpieczenia refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej)

**Składając poniższe oświadczenie jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**

Ja niżej podpisany/a .....

**oświadczam, że posiadam:**

## **I. Majątek ruchomy i nieruchomy**

### **Nieruchomości**

Rodzaj i adres nieruchomości, nr Księgi Wieczystej	Nazwisko ewentualnego współwłaściciela	Rok nabycia	Aktualna wartość rynkowa	Obciążenie hipoteką

### **Majątek ruchomy**

Rodzaj/typ/marka (nr fabryczny, nr rejestracyjny)	Rok produkcji	Aktualna wartość rynkowa	Obciążenie (zastaw, przewłaszczenia – na czym rzecz)

## **II. Inne wartościowe rzeczy ruchome (określenie, wartość):**

.....

## **III. Zobowiązania finansowe z tytułu:**

a) kredytów/ pożyczek

.....

(nazwa Banku udzielającego kredytu/ nazwa pożyczkodawcy, kwoty zadłużenia, termin spłaty)

b) poręczeń

.....

c) inne zobowiązania finansowe

.....

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania )

## OŚWIADCZENIE OSOBY WSKAZANEJ JAKO PORĘCZYCIEL

na podstawie art. 220 KPA zgodnie z §6 ust. 2g rozporządzenia MPiPS z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej oświadczam, że:

Ja niżej podpisany(a) .....  
(imię i nazwisko poręczyciela)

zamieszkały(a).....  
(ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy i miejscowość)

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

legitymujący(a) się..... seria/numer .....  
(nazwa dokumentu tożsamości np. dowód osobisty)

### Oświadczam, że:

\* **jestem zatrudniony(a) w**.....  
.....  
(pełna nazwa i adres zakładu pracy)

---

\* **prowadzę własną działalność gospodarczą** .....  
.....  
(pełna nazwa i adres własnej firmy)

NIP

			-			-			-		
--	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--

REGON

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

---

\* **jestem emerytem(ką) / rencistą(ką)**

---

\* **prowadzę własne gospodarstwo rolne**

Moje miesięczne dochody brutto wynoszą: .....zł

Wynagrodzenie to:

nie jest obciążone z tytułu wyroków sądowych, ani innych zobowiązań finansowych (w tym kredytów, pożyczek)\*

jest obciążone z tytułu\* .....

Całkowita wysokość zadłużenia wynosi .....zł

Miesięczna spłata mojego zadłużenia wynosi .....zł.

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

\*właściwe zaznaczyć

.....  
(data i czytelny podpis poręczyciela)

## Oświadczenie współmałżonka poręczyciela (w przypadku wspólności majątkowej)

Ja niżej podpisany(-a) ..... przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę, aby współmałżonek był poręczycielem Pana(i)/Firmy ..... w przypadku przyznania refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej przez Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowcu Św. Ponadto oświadczam, że zapoznałem/łam się z Klauzulą informacyjną udostępnioną na stronie Urzędu: <http://ostrowiec.praca.gov.pl> lub w siedzibie urzędu i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowcu Św. w celu i w zakresie niezbędnym do realizacji wniosku i umowy o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej zgodnie z Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) i z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

### **Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim**

Na podstawie art. 13 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 (Dz.U.UE.L.2016.119.1) zwanego dalej "RODO" informuję, iż :

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim. Dane kontaktowe: **ul. Aleja 3 Maja 36, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski**, e-mail: **kios@praca.gov.pl**, tel.: **(41) 265-42-08**.
2. We wszystkich sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez Administratora, Inspektorem Ochrony Danych. Taki kontakt może się odbyć w sposób bezpośredni (pokój 4 w siedzibie PUP w Ostrowcu Świętokrzyskim), pod numerem telefonu 41-265-42-08 wew. 309, drogą elektroniczną na adres email: **iodo@pup.ostrowiec.pl** lub pisemnie na adres: Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Aleja 3 maja 36, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w formie papierowej i elektronicznej przez Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim w celu i w zakresie niezbędnym do realizacji wniosku i umowy o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy na podstawie art. 6 ust. 1 pkt b rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) mówiącego o zgodności z prawem przetwarzania danych niezbędnych do realizacji umowy. Wymóg przetwarzania danych poręczycieli, ich współmałżonków oraz współmałżonków wnioskodawców wynika z przepisów prawa i jest ściśle związany z faktem istnienia umów wnioskodawców z PUP oraz umów poręczenia lub deklaracji wekslowej.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu o którym mowa w pkt 3 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
  - 1) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
  - 2) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Powiatowym Urzędem Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt 3, a po tym czasie przez okres wynikający z przepisów prawa jednak nie krócej niż przez czas określony przepisami prawa, w tym dla celów archiwalnych przez okres podyktowany ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w oparciu o Jednolity RzeczoWy Wykaz Akt obowiązujący u nas.
6. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do żądania sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu.
7. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Powiatowym Urzędzie Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku w sprawie przyznania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.
9. Pani/Pana dane nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (profilowaniu).
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.

.....  
(data i czytelny podpis współmałżonka poręczyciela)

# OŚWIADCZENIE OSOBY WSKAZANEJ JAKO PORĘCZycIEL

na podstawie art.220 KPA zgodnie z §6 ust. 2g rozporządzenia MPiPS z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej oświadczam, że:

Ja niżej podpisany(a) .....  
(imię i nazwisko poręczyciela)

zamieszkały(a).....  
(ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy i miejscowość)

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

legitymujący(a) się..... seria/numer .....  
(nazwa dokumentu tożsamości np. dowód osobisty)

## Oświadczam, że:

\* **jestem zatrudniony(a) w**.....  
..... (pełna nazwa  
i adres zakładu pracy)

---

\* **prowadzę własną działalność gospodarczą** .....  
.....  
(pełna nazwa i adres własnej firmy)

NIP

			-			-			-		
--	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--

REGON

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

---

\* **jestem emerytem(ką) / rencistą(ką)**

---

\* **prowadzę własne gospodarstwo rolne**

Moje miesięczne dochody brutto wynoszą: .....zł

Wynagrodzenie to:

nie jest obciążone z tytułu wyroków sądowych, ani innych zobowiązań finansowych (w tym kredytów, pożyczek)\*

jest obciążone z tytułu\* .....

Całkowita wysokość zadłużenia wynosi .....zł

Miesięczna spłata mojego zadłużenia wynosi .....zł.

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

\*właściwie zaznaczyć

.....  
(data i czytelny podpis poręczyciela)

## Oświadczenie współmałżonka poręczyciela (w przypadku wspólności majątkowej)

Ja niżej podpisany(-a) ..... przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę, aby współmałżonek był poręczycielem Pana(i)/Firmy ..... w przypadku przyznania refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej przez Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowcu Św. Ponadto oświadczam, że zapoznałem/łam się z Klauzulą informacyjną udostępnioną na stronie Urzędu: <http://ostrowiec.praca.gov.pl> lub w siedzibie urzędu i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowcu Św. w celu i w zakresie niezbędnym do realizacji wniosku i umowy o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej zgodnie z Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) i z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

### **Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim**

Na podstawie art. 13 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 (Dz.U.UE.L.2016.119.1) zwanego dalej "RODO" informuję, iż :

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim. Dane kontaktowe: **ul. Aleja 3 Maja 36, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski**, e-mail: **kios@praca.gov.pl**, tel.: **(41) 265-42-08**.
2. We wszystkich sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez Administratora, Inspektorem Ochrony Danych. Taki kontakt może się odbyć w sposób bezpośredni (pokój 4 w siedzibie PUP w Ostrowcu Świętokrzyskim), pod numerem telefonu 41-265-42-08 wew. 309, drogą elektroniczną na adres email: **iodo@pup.ostrowiec.pl** lub pisemnie na adres: Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Aleja 3 maja 36, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w formie papierowej i elektronicznej przez Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim w celu i w zakresie niezbędnym do realizacji wniosku i umowy o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy na podstawie art. 6 ust. 1 pkt b rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) mówiącego o zgodności z prawem przetwarzania danych niezbędnych do realizacji umowy. Wymóg przetwarzania danych poręczycieli, ich współmałżonków oraz współmałżonków wnioskodawców wynika z przepisów prawa i jest ściśle związany z faktem istnienia umów wnioskodawców z PUP oraz umów poręczenia lub deklaracji wekslowej.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu o którym mowa w pkt 3 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
  - 1) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
  - 2) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Powiatowym Urzędem Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt 3, a po tym czasie przez okres wynikający z przepisów prawa jednak nie krócej niż przez czas określony przepisami prawa, w tym dla celów archiwalnych przez okres podyktowany ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w oparciu o Jednolity Rzeczowy Wykaz Akt obowiązujący u nas.
6. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz żądania sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu.
7. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Powiatowym Urzędzie Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku w sprawie przyznania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.
9. Pani/Pana dane nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (profilowaniu).
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.

.....  
(data i czytelny podpis współmałżonka poręczyciela)

## Oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimis

Podstawa prawna: art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej

Informacje dotyczące podmiotu któremu ma być udzielona pomoc de minimis

Identyfikator podatkowy NIP podmiotu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu

--

Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby podmiotu

--

Oświadczam, iż

- w okresie trzech poprzedzających lat nie uzyskałem pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie
- w okresie trzech poprzedzających lat uzyskałem pomoc de minimis oraz pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w wysokości:

w PLN

w EUR

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym.**

Informacje dotyczące osoby upoważnionej do przedstawienia informacji

Imię i nazwisko

--

Numer telefonu

--

Stanowisko służbowe

--

Data i podpis

--