Załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r.

Wn-W **Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**

Podstawa prawna: Art. 26 e ust.8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.)

Składający[1]: ☐ 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[1]	2. Numer akt	3. Data wpływu
☐ 1. Zwykły ☐ 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[2]	15. Faks[2]	16. E-mail		

B2. Adres do korespondencji

17. Kod pocztowy	18. Poczta	19. Ulica	20. Nr domu	21. Nr lokalu
22. Telefon[2]	23. Faks[2]	24. E-mail		

B3. Dodatkowe informacje

25. Nazwa banku	26. Numer rachunku bankowego

27. Krótki opis dotychczasowej działalności

C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy[3]

28. Wnioskowana kwota ogółem Słownie:	29. Forma zabezpieczenia

D. Analiza finansowa składającego (1)[4]

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 rachunki 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.

[1]1 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
2 Należy podać także numer kierunkowy.
3 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.
4 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[5]

71. Nazwa stanowiska pracy	72. 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

L.p.	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy do refundacji	Zmianowość[6]	Liczba osób do obsługi[7]	Wymiar czasu pracy[8]	Koszty wyposażenia stanowiska pracy[9]	Kwota 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[1]:

☐ 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[10] obrotowe — w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach — roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata[10], 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, zdolności kredytowej, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) 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
☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐	

[5]W przypadku różnych stanowisk pracy, dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach.
[6] W przypadku planowego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.
[7] Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.
[8] Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat.
[9]Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W.
[10]W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy.

Wn-w **Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**

Podstawa prawna: Art. 26 e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.).

Składający: ☐ 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.

Część II

A. Dane ewidencyjne i adres składającego

1. Numer akt

2. Pełna nazwa składającego

3. Kod pocztowy	4. Poczta	5. Ulica	6. Nr domu	7. Nr lokalu

8. Telefon[1]	9. Faks[1]	10. E-mail

B. Dane o wniosku

11. Okres sprawozdawczy		12. Wniosek	13. Numer kolejny wniosku[2]
1. Miesiąc	2. Rok		
		1. Zwykły 2. Korygujący	

C. Lista osób niepełnosprawnych zatrudnionych na refundowanym stanowisku pracy[3]

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień niepełnosprawności	Wymiar czasu pracy
1	14.	15.	16.
2	17.	18.	19.
3	20.	21.	22.
4	23.	24.	25.
5	26.	27.	28.
6	29.	30.	31.
		Razem	32.

D. Zestawienie poniesionych kosztów podlegających refundacji

L.p.	Wyposażenie	Numer fabryczny	Numer inwentarzowy	Data dowodu poniesienia kosztu	Numer dowodu poniesienia kosztu	Kwota ogółem	Kwota do refundacji[4]
1	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.
2	40.	41.	42.	43.	44.	45.	46.
3	47.	48.	49.	50.	51.	52.	53.
4	54.	55.	56.	57.	58.	59.	60.
5	61.	62.	63.	64.	65.	66.	67.
6	68.	69.	70.	71.	72.	73.	74.
7	75.	76.	77.	78.	79.	80.	81.
8	82.	83.	84.	85.	86.	87.	88.
9	89.	90.	91.	92.	93.	94.	95.
10	96.	97.	98.	99.	100.	101.	102.
					Razem	103.	104 .

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

105. Data sporządzenia wniosku	106. Podpis i pieczęć składającego
__ __ __ __ __ __ __ __	

[1] Należy podać także numer kierunkowy.
[2] Należy wypełnić odrębnie dla każdego stanowiska.
[3] Należy wykazać dane dotyczące osób, których dotyczyła refundacja.
[4] W poz. 104 należy wykazać kwotę udokumentowanych kosztów zakupu lub wytworzenia wyposażenia stanowiska pracy, na którym będzie wykonywać pracę osoba niepełnosprawna, wraz z kwotą niepodlegającego odliczeniu podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego do wysokości łącznej kwoty refundacji.

Załącznik Nr 1

do wzoru WN-W wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej art. 26 e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (T.J. Dz.U. z 2020 r., poz. 426, z późn. zm.).

Pełna nazwa pracodawcy

.....
Dokładny adres siedziby

.....

Kwota wnioskowanej refundacji .....zł /słownie.....

Liczba planowanych stanowisk pracy w ramach wnioskowanej refundacji .....

I INFORMACJE O WNIOSKODAWCY.

1. Miejsce prowadzenia działalności

   .....

2. Telefon/fax .....

3. REGON .....

4. Zakład pracy prowadzi działalność w rozumieniu przepisów Ustawy - Prawo Przedsiębiorców

   od dnia ..... w zakresie :

   .....

   .....

5. Forma prawna prowadzenia działalności

   .....

6. Osoby upoważnione do reprezentacji zakładu pracy i składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych:

   a) .....
   (imię i nazwisko, seria i numer dowodu osobistego)
   b) .....
   (imię i nazwisko, seria i numer dowodu osobistego)

7. Sposób rozliczania się z Urzędem Skarbowym *

Ryczałt ☐ Karta Podatkowa ☐ CIT ☐ PIT na zasadach ogólnych ☐

8. Wielkość przedsiębiorcy *

Mikro ☐ Mały ☐ Średni ☐

*** odpowiednio zakreślić**

9. Informacja o obecnej i przewidywanej sytuacji finansowej zakładu pracy:

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

10. Zakład pracy zatrudnia aktualnie ..... pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.

*** w przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia podać jego przyczyny**

.....
.....

II Kalkulacja wszystkich kosztów, niezbędnych do wyposażenia poszczególnych stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych oraz źródła ich finansowania / w wartościach netto /

Nazwa stanowiska pracy	**Wyszczególnienie rodzaju zakupów**	**Środki własne**	**Środki PFRON netto**	**Inne źródła finansowania***	**Razem kwota netto**
RAZEM					

*** wyjaśnić jakie: .....**

KWOTA REFUNDACJI OBEJMUJE KOSZTY NETTO PONIESIONE WYŁĄCZNIE PO DNIU ZAWARCIA UMOWY.

III Dane dotyczące zatrudnienia na dodatkowych miejscach pracy.

1.Osoby niepełnosprawne zatrudnione na wyposażonych miejscach pracy będą wykonywali

następujące rodzaje pracy:

a) ....
(rodzaje wykonywanych prac) (liczba osób)

b) ....

c) ....

2.Wymagane kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do pracy, jakie powinni spełniać osoby niepełnosprawne.

a) ....
(wymaganie kwalifikacje) (liczba osób)

b) ....

c) ....

3. Wysokość wynagrodzenia miesięcznego na jedną osobę niepełnosprawną, zatrudnioną na wyposażonym miejscu pracy.

a) ....zł
(stanowisko) (wynagrodzenie brutto)

b) ....zł

c) ....zł

IV WYMAGANE FORMY ZABEZPIECZENIA ZWROTU PRZEZ PODMIOT KWOTY REFUNDACJI WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ.

1. Poręczenia osób trzecich wg prawa cywilnego:

1).....
/imię i nazwisko poręczyciela, adres zamieszkania/

2).....

3).....

2. Blokada rachunków bankowych.
.....
.....
3. Inne
.....

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że:

- Pracodawca **zalega / nie zalega*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem w terminie należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych, podatków i innych danin publicznych.
- Pracodawca w okresie poprzedzającym złożenie wniosku **uzyskał / nie uzyskał** * pomoc publiczną, która **kumuluje się** / **nie kumuluje się*** z wnioskowaną pomocą. W przypadku korzystania z pomocy publicznej kumulującej się z pomocą *de minimis* należy dołączyć formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż *de minimis* lub pomoc *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie.
- **Nie otrzymałem / otrzymałem*** pomocy *de minimis* oraz pomocy *de minimis* w rolnictwie / w rybołówstwie* w wysokości ..... w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat obrotowych.
- Pracodawca **spełnia / nie spełnia** * warunki rozporządzenia 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 24.12.2013r.) wraz ze zmianą rozporządzenia Komisji (UE) Nr 2020/972 z dnia 02.07.2020 r. (Dz. Urz. L 215, 07.07.2020 r. str. 3) i są udzielane zgodnie z przepisami tego rozporządzenia.
- Pracodawca **spełnia / nie spełnia** * warunki 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 r.).
- Pracodawca **spełnia / nie spełnia** * warunki 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).
- Pracodawca **był / nie był** karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny lub ustawa z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.
- Pracodawca **zobowiązuje się** do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy *de minimis* w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Lęborku otrzymał pomoc publiczną lub pomoc *de minimis.*

Spełniam warunki określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (T.J. Dz.U. z 2015 r., poz. 93 ze zm.), **a także zapoznałem/am się z obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy w Lęborku regulaminem przyznawania ze środków PFRON zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.**

Wyrażam/-y zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Lęborku dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy w tym refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby skierowanej niepełnosprawnej zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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 oraz zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r.

*** odpowiednio zakreślić**

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy z siedzibą w Lęborku ul. Gdańska 35;
2. inspektorem ochrony danych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Lęborku jest Pani Anna Cykman *e-mail* : iod@lebork.praca.gov.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20.04.2004 r. oraz aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie –podstawa prawna art. 6 ust. 1 litera „c" Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 ;
4. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą: firma obsługująca system informacyjny administratora- SYGNITY S.A. 02-797 Warszawa ul. Franciszka Klimczaka 1, instytucje działające na podstawie przepisów prawa;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w pkt 3 celu przetwarzania. Okres przechowywania danych osobowych związanych z realizacją form wsparcia dla osób bezrobotnych i pracodawców przechowywane są przez okres niezbędny do zakończenia danej formy wsparcia oraz przez okres przechowywania wynikający z jednolitego rzeczowego wykazu akt Urzędu, w przypadku projektów unijnych zgodnie z warunkami umowy;
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
8. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;

Lębork, dnia …..... ……..….....

podpis Wnioskodawcy

Wiarygodność informacji podanych we wniosku i w załączonych do niego dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem. Świadom odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego jednocześnie oświadczam pod rygorem wypowiedzenia umowy o refundację, że informacje zawarte we wniosku i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Lębork, dnia …..... .....

podpis Wnioskodawcy

Załączniki do wniosku:

1. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (w przypadku osób fizycznych i wspólników spółki cywilnej) lub kserokopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego - w przypadku pozostałych podmiotów gospodarczych.
2. Kserokopia umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego oraz koncesja lub pozwolenie na prowadzenie działalności - w przypadku, gdy wymaga tego przepis prawa.
3. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy – pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania pracodawcy w dokumencie rejestrowym.
4. Dokument określający tytuł prawny do nieruchomości/ budynku/ lokalu, w którym mają zostać wyposażone stanowiska pracy.
5. Bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone przez audytora albo dowodem nadania do urzędu skarbowego.
6. Aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych.
7. Pracodawca ubiegający się o pomoc *de minimis* jest zobowiązany do przedstawienia podmiotowi udzielającemu pomocy, wraz z wnioskiem oświadczenia o pomocy *de minimis*, jaką otrzymał w bieżącym roku podatkowym, w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych, oświadczenie o wielkości i przeznaczeniu pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc *de minimis*.
8. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis* - wzór formularza jest załączony do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29.03.2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc *de minimis* (Dz. U. z 2010 r. nr 53, poz. 311 z późn. zm.) oraz na stronie www.lebork.praca.gov.pl

Wzory formularzy znajdują się też na str. www.uokik.gov.pl

Złożenie wniosku nie gwarantuje otrzymania refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.

Od negatywnie rozpatrzonego wniosku nie przysługuje odwołanie, zawarcie umowy następuje w drodze oświadczenia woli stron i żadnej nie przysługuje roszczenie o jej zawarcie.