|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wn-W** | **Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej** Załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 9 z 13.02.2015 |  |
| **Podstawaprawna:** | **Art. 26e 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.).** |
| **Składający1:** | **[ ]  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. Wniosek1** |  | **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. Telefon2**      | **15. Faks2**      | **16. E-mail**      |  |
|  |
|  | **B2. Adres do korespondencji** | *Wypełnia składający mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1* |  |
|  | **17. Kod pocztowy**      | **18. Poczta**      | **19. Ulica**      | **20. Nr domu**      | **21. Nr lokalu**      |  |
|  | **22. Telefon2**      | **23. Faks2**      | **24. E-mail**      |  |
|  |
|  | **B3. Dodatkowe informacje** |  |
|  | **25. Nazwa banku**      | **26. Numer rachunku bankowego**      |  |
|  | **27. Krótki opis dotychczasowej działalności**      |  |
|  |
|  |  |
| **C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy3** |
|  | **28. Wnioskowana kwota ogółem**      | **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 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****Kapitał własny** | **Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy** | **Ostatni rok obrotowy** | **Bieżący rok** |  |
|  |  | 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** |  |  |
| 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 pracy5** |  |
| **73. Nazwa stanowiska pracy**      | **74. Lokalizacja stanowiska pracy**      |
| **75. Opis operacji i czynności wykonywanych nawyposażonym stanowiskupracy**      | **76. Wymagane kwalifikacjei umiejętności pracownikaniepełnosprawnego**      | **77. Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych**      | **78. Rodzaj i stopień niepełnosprawności osób,które mogą wykonywać pracęna wyposażonymstanowisku**      |
|  |
|  | **E2. Informacje o wyposażeniu stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej** |  |
|  | **Lp.** | **Wyszczególnieniewyposażenia stanowiska pracy** | **Wyszczególnieniewyposażenia stanowiska pracydo refundacji** | **Zmianowość6** | **Liczba osób do obsługi7** |  **Wymiarczasu pracy8** | **Koszty wyposażenia stanowiska pracy9** | **Kwotado 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, że1:****** **[ ]  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 FunduszPracy 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 lata10 obrotowe - w przypadku podmiotów sporządzających bilans,w pozostałych przypadkach - roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata10 wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowylub 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 zeznanienieprawdy 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 zarejestrowanychosób niepełnosprawnych** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **123. Data sporządzenia opinii**                 | **124. Podpis i pieczęć** |  |
|  |
|  |  |
|  | **Wn-W (I)** | **2/2** |
| 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. |  |

**Załączniki:**

1. Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej lub aktualnyodpis z rejestru przedsiębiorców lub aktualnyodpis z odpowiedniego rejestru;

2. Zaświadczenie o NIP;

3. Umowa spółki w przypadku spółek cywilnych;

4. Inne dokumenty potwierdzające cel i zasady działania (statut, wpis do odpowiedniego rejestru) w przypadku pracodawców nie prowadzących działalności gospodarczej.

5. Bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie 2 lata obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie 2 lata, wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego. W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy;

6. Aktualne (ważne 1 miesiąc) zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych;

7. W przypadku otrzymania pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie – zaświadczenia o pomocy de minimis, o pomocy de minimis
w rolnictwie lub rybołówstwie otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go dwa lata kalendarzowe.

8. Oświadczenie Pracodawcy – Załącznik Nr 1.

9. Krajowa oferta pracy - Załącznik Nr 2.

10. Formularz informacji przedstawiania przy ubieganiu się o pomoc de minimis, o którym mowa w Rozporządzeniu Rady Ministrów z 29 marca 2010r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis pomocy (Dz. U. z 2010r., Nr 53, poz. 311 z późn. zm.) **-** Załącznik Nr 3.

11. Zgoda współmałżonka na refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej – Załącznik Nr 4.

12. Oświadczenie poręczyciela – Załącznik Nr 5.

13. Zgoda współmałżonka poręczyciela – Załącznik Nr 6.

14. Oferty cenowe potwierdzające planowane zakupy wymienione w szczegółowej specyfikacji
 wydatków.

**Do wniosku należy dołączyć kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem.**

 Załącznik nr 1 do wniosku

….………………… ………..………………….

 (pieczęć firmowa) (miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**Oświadczam, że:**

1). **Nie korzystałem / korzystałem\*** z pomocy de minimisw roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat;

*W przypadku otrzymania w ww. okresie pomocy 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. |  |  |  |  |  |
| **Łącznie** |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

2). **Jestem / Nie jestem \*** płatnikiem podatku od towarów i usług - VAT.

3). Poziom zatrudnienia w moim zakładzie w przeliczeniu na pełen etat na dzień złożenia wniosku tj. (data złożenia) ……………………..wynosi……………………..

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

 ( data, pieczątka i podpis pracodawcy)

**\*niepotrzebne skreślić**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **KRAJOWA OFERTA PRACY-**Załącznik nr 2 do wnioskuOferta zamknięta / otwarta\* | **Powiatowy Urząd Pracy**ul. Gdańska 1111 – 500 GiżyckoTel. 87 429-64-40Fax 87 429-64-75e-mail:olgi@praca.gov.pl |
| **Informacje dotyczące pracodawcy** |   **OfPr** **/ /** |  |
| **1. Nazwa pracodawcy:**..…................................................................................................................…............................................................................................................ | **2. Adres pracodawcy (siedziby):**ulica ...................................................................................... …..nr ……........ /................. ... ......................................................... gmina ...................................... **nr telefonu** ....................................................................**fax** ……………………….……….**e- mail** …………………………………………………………………………………….………. |
| **3. Osoba wskazana przez pracodawcę do kontaktów:**………………………..….......................................................................................... Imię i nazwisko..…............................................. .............................................nr telefonu Stanowisko |
| **4. NIP** |
| **5. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD:** | **6. Numer statystyczny pracodawcy (REGON):** | **7. Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności:**1. Osoba prawna2. Osoba fizyczna3. Agencja zatrudnienia | **8. Liczba obecnie zatrudnionych pracowników:** |
| **9. Oświadczenie pracodawcy:**1. Oferta pracy została zgłoszona **tylko do PUP Giżycko**/oferta pracy została zgłoszona **do innego PUP\*\***.2. **Wyrażam/ nie wyrażam** zgodę/y na podawanie do wiadomości publicznej informacji umożliwiających identyfikację pracodawcy przez osoby  niezarejestrowane w PUP\*\*.3. Zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia PUP w przypadku utraty aktualności oferty.4. Oświadczam, iż w **okresie do 365 dni** przed dniem zgłoszenia oferty pracy pracodawca **został / nie został\*\*** ukarany,skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub **jest / nie jest \*\*** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.…………………………………………… …………………………………………………… /miejscowość i data/ /Podpis i pieczątka pracodawcy/ |
| **Informacje dotyczące zgłoszonego miejsca zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej** |
| **10. Nazwa zawodu:**........................................................................................................................................... | **11. Nazwa stanowiska:**.......................................................................................................................................... | **12. Miejsce wykonywania pracy /adres/:** - … ……………………………..……………………….…………….………………………………………………………………….………………………………..… Miejscowość i ulica |
| **13**. **Kod zawodu wg KZiS:** | **14. Dodatkowe informacje:**/ dowóz przez pracodawcę do miejsca pracy, zakwaterowanie/................................................................................................................ | **15. Liczba wolnych miejsc pracy:** w tym dla osób niepełnosprawnych | **16. Wnioskowana liczba kandydatów:** |
| **17. System wynagrodzenia:**1. miesięczny
2. godzinowy
3. prowizyjny
4. akord
5. inny

 ……………………….…………….. | **18. Rodzaj umowy:**1. umowa na okres próbny
2. umowa na czas określony
3. umowa na czas nieokreślony
4. umowa na zastępstwo
5. umowa o pracę tymczasową

 **Inna umowa zarobkowa**1. umowa zlecenie
2. umowa o dzieło
3. inne …………………..……….
 | **19. System i rozkład czasu pracy:**1. podstawowy
2. równoważnego czasu pracy
3. w ruch ciągłym
4. zadaniowy
5. skróconego tygodnia pracy
6. inne ………………………….…..…….
 | **20. Wymiar czasu pracy:**1. pełny
2. ¾ etatu
3. ½ etatu
4. ¼ etatu
5. Inne ………………………………….

**Praca w godzinach**od ………………… do …….……………..od ……………….... do …………….……. |
| **21. Oczekiwania pracodawcy krajowego wobec kandydatów do pracy:** wykształcenie...................................................................................................................................................................................................  kierunek/specjalność ……………………………………………………………………………………………………………………………………… doświadczenie zawodowe ............................................................................................................................................................................... umiejętności - uprawnienia............................................................................................................................................................................... Znajomość języka obcego …………………………………………………………………………………………………………………………………  | **22. Zasięg upowszechnienia oferty:** 1) terytorium Polski  2) terytorium Polski i państwa UE/EOG |
| **23. Ogólny zakres obowiązków na w/w stanowisku::**...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................……......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | **24. Wysokość wynagrodzenia (brutto):**…………………………….………………………………………………………………………. |
| **25. Dodatkowe informacje:**1. okres aktualności oferty od ………………………..…….……………….……. do ……………………………………………………………
2. częstotliwość kontaktów z pracodawcą……….………………………………………………………………………….………………………
3. forma kontaktu z pracodawcą………………………………………………………………………………………………….…….….…………
4. czas realizacji oferty…………………………………………………………………………………………………………….….……………….
5. miejsce zgłoszenia się kandydata na rozmowę kwalifikacyjną ………………………………………………………………………………...
 | **26. Aktualizacja oferty:**…………….…………………………..………………………………………... |
| **27. Data rozpoczęcia zatrudnienia lub innej pracy:**………..………………………………. |
| **Adnotacje urzędu pracy** |
| **28. Nr pracodawcy:** | **29. Data przyjęcia oferty:** **/ /** dzieńmiesiącrok | **30. Sposób przyjęcia oferty:**1. osobiście
2. Fax
3. e-mail
 |
| **31. Pracownik urzędu pracy:**.......................................................podpis i pieczątka | **32. Data wycofania lub zrealizowania oferty:** **/ /** dzieńrokmiesiąc |

**\* oferta zamknięta – nie zawiera danych umożliwiających identyfikację pracodawcy krajowego (dane pracodawcy są udostępniane wyłącznie
 osobom bezrobotnym i poszukującym pracy zarejestrowanym w tut. Urzędzie)**

 **oferta otwarta- zawiera dane umożliwiające identyfikację pracodawcy krajowego**

**\* \* niepotrzebne skreślić**

Załącznik nr 4 do wniosku

**ZGODA WSPÓŁMAŁŻONKA NA REFUNDACJĘ KOSZTÓW WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

 Ja niżej podpisany(a), pozostający(a) w związku małżeńskim z ..................................................

.........................................zam.: ......................................................................................................................

wyrażam zgodę na refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej mojemu(j) mężowi/żonie.

Jednocześnie zobowiązuję się względem Powiatowego Urzędu Pracy w Giżycku do wykonania zobowiązania zwrotu przyznanych mojemu(j) mężowi/żonie środków wraz z odsetkami podatkowymi, w przypadku naruszenia warunków umowy w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej do wartości przypadającego na mnie udziału w dorobku wspólnym.

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

***Data i podpis współmałżonka wnioskodawcy***

 ***- złożony w obecności pracownika PUP***

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych ze zwrotem kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej oraz realizacją umowy, zgodnie
z Ustawą z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926
z późniejszymi zmianami).

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

 *Podpis*

***Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy***

Potwierdzam autentyczność podpisu Pani/Pana..................................................................................... zam.......................................................ur. .............................................dnia......................................... w....................................................... PESEL: ...................................................................... imię ojca ........................................ na podstawie dowodu osobistego seria i nr…............................................... wydanego dnia ......................................przez .......................................................................................

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

 *Data i podpis pracownika PUP*

 Załącznik nr 5 do wniosku

 **OŚWIADCZENIE PORĘCZYCIELA**

Ja niżej podpisany/a/ .................................................................................. imię ojca .............................

nazwisko rodowe .........................................urodzony/a/ w ................................................................................

dnia....................................PESEL.....................................zamieszkały/a/ w……...…..................................... ul......................................................................................nr ………… lokalu ............................................
gm…………….. woj. ................................. legitymujący/a/ się dowodem osobistym seria i numer ..................................wydanym przez ....................................dnia........................w.............................................

 **oświadczam, że :**

Uzyskuję przeciętny miesięczny dochód netto z tytułu:

…………………………………………………………………………………………………………………...
 (podać źródło dochodu np.: zatrudnienie, emerytura, renta, działalność, rolnik)

w kwocie …………………………………………………………………………………………………...........

**Wypełnić w przypadku zatrudnienia**

Jestem zatrudniony(a) w ………………………………………………………………………...........................

 (nazwa, adres, nr telefonu zakładu pracy)

…………………………………………………………………………………………………………………...

Na podstawie umowy o pracę zawartej w dniu………….. na czas **nieokreślony / określony\*** na okres …………………………………….. w wymiarze czasu pracy……………….. na stanowisku………………...

Moje średnie miesięczne wynagrodzenie z ostatnich 3 miesięcy **NETTO** wynosi: ...........................słownie: ...............................................................................................................................................................................

 i **jest / nie jest\*** obciążone z tytułu wyroków sądowych lub innego tytułu, jest obciążone z tytułu ........................................................................................................................ w kwocie ………......................zł

**Nie znajduję się / znajduję się\*** w okresie wypowiedzenia umowy o pracę.

**Zakład pracy nie jest / jest\*** w stanie likwidacji.

 **Wypełnić w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej**

a) **nie zalegam / zalegam\*** z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.

b) **nie zalegam / zalegam\*** z opłacaniem z tytułu zobowiązań podatkowych.

c) moja działalność **nie jest / jest\*** w stanie likwidacji lub upadłości.

**2)** posiadam następujące zobowiązania:

- z tytułu pożyczek lub kredytów udzielonych mi samodzielnie, wspólnie z małżonkiem, małżonkowi samodzielnie\* , kwota: ....................................... rata miesięczna: ............................................................….…..

 - z tytułu poręczenia (podać komu, wysokość, czy są wymagalne).......................................................................

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

- inne zobowiązania :............................................................................................................................................

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

 **3)** stan cywilny ............................. pozostaję w związku małżeńskim z ..............................................................

zam .......................................................................................................................................................................

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonania zobowiązania zwrotu przyznanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Giżycku środków w wysokości ................................zł wraz z odsetkami podatkowymi, w przypadku naruszenia warunków umowy w sprawie kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej i nie oddania przez …………………………………………...

 (imię i nazwisko wnioskodawcy)

\*/ właściwe podkreślić/

*O****świadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.***

Giżycko, dn. ............................... ……….….….….….….……………….

 podpis poręczyciela

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych ze zwrotem kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, zgodnie z Ustawą z 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późniejszymi zmianami).*
 ……………………………….….….

 podpis poręczyciela

Załącznik nr 6 do wniosku

**ZGODA WSPÓŁMAŁŻONKA PORĘCZYCIELA**

 Ja niżej podpisany(a), pozostający(a) w związku małżeńskim z ........................................

.......................................................................................................................................zam..................................................................................................................................................................................

wyrażam zgodę na poręczenie przez mojego(ą) męża/żonę zobowiązującą jego/ją względem Powiatowego Urzędu Pracy w Giżycku do wykonania zobowiązania zwrotu przyznanych Panu(i)................................................................ środków w kwocie .................................................zł

(słownie: ...........................................................................................................................................) wraz z odsetkami podatkowymi, w przypadku naruszenia warunków umowy w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej przez Pana(ią) ………………………………… i potwierdzam poręczenie do wartości przypadającego na mnie udziału w dorobku wspólnym.

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

 **Data i podpis współmałżonka poręczyciela**

 **- złożony w obecności pracownika PUP**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych ze zwrotem kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej oraz realizacją umowy, zgodnie z Ustawą z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późniejszymi zmianami).

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

 podpis

***Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy***

Potwierdzam autentyczność podpisu Pani/Pana ...................................................................................

zam. ......................................................................................................................................................

ur. dnia ...................................... w .......................................... PESEL: ............................................
 imię ojca ..................................... na podstawie dowodu osobistego seria i nr …................................ wydanego dnia ..........................przez....................................................................................................

............................................. Data i podpis pracownika PUP