|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wn-W** | | **Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**  Załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 9 z 13.02.2015 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **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 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 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** | | **Zmianowość6** | **Liczba osób  do obsługi7** | **Wymiar czasu pracy8** | **Koszty wyposażenia stanowiska pracy9** | | **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, 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 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 lata10 obrotowe - w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach - roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata10 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** | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | **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 wniosku  Oferta zamknięta / otwarta\* | | | **Powiatowy Urząd Pracy**  ul. Gdańska 11  11 – 500 Giżycko  Tel. 87 429-64-40  Fax 87 429-64-75 e-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 prawna  2. Osoba fizyczna  3. 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:**  **/ /**  dzień  miesiąc  rok | **30. Sposób przyjęcia oferty:**   1. osobiście 2. Fax 3. e-mail | | | | |
| **31. Pracownik urzędu pracy:**  .......................................................  podpis i pieczątka | | **32. Data wycofania lub zrealizowania oferty:**  **/ /**  dzień  rok  miesiąc |

**\* 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