

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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

Nazwa pola	Wartość
Składający:	☐ Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej ☐ Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu
Adresat:	☐ Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu ☐ Prezes Zarządu Funduszu

DANE WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
Typ wniosku:	☐ Zwykły ☐ Korygujący

DANE WNIOSKODAWCY
DANE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Pełna nazwa pracodawcy:	
NIP:	
KRS:	
REGON:	
PKD:	

Czy wnioskodawca posiada status Zakładu Pracy Chronionej:	☐ Tak ☐ Nie
--	--

DANE KONTAKTOWE I ADRES PRACODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Telefon:	
Faks:	
E-mail:	
Rodzaj miejscowości:	☐ Miasto ☐ Wieś

ADRES DO KORESPONDENCJI☐ Adres do korespondencji taki sam jak pracodawcy

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Telefon:	
Faks:	
E-mail:	

DODATKOWE INFORMACJE

Nazwa pola	Wartość
Nazwa banku:	
Numer rachunku bankowego:	
Krótki opis dotychczasowej działalności:	

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEJ POMOCY¹**PRZEDMIOT WNIOSKU**

Nazwa pola	Wartość
Wnioskowana kwota ogółem:	
Forma zabezpieczenia:	☐ poręczenie ☐ weksel z poręczeniem wekslowym (awal) ☐ gwarancja bankowa ☐ zastaw na prawach lub rzeczach ☐ blokada rachunku bankowego ☐ akt notarialny ☐ hipoteka ☐ przelew wierzytelności na zabezpieczenie ☐ blokada rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo – kredytowej
Liczba osób zatrudnionych na umowę o pracę:	
Wymiar etatów:	

ANALIZA FINANSOWA SKŁADAJĄCEGO²**Aktywa trwałe i obrotowe**

Lp.	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
Grunty:			
Budynki:			
Pozostały rzeczowy majątek (trwały):			
Zapasy:			

Środki na rachunku bankowym:			
Należności od odbiorców:			
Inne (aktywa obrotowe nieuwjęte powyżej):			
Razem:			

Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych

Lp.	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
Kapitał własny:			
Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty:			
Zobowiązania wobec dostawców:			
Inne zobowiązania:			
Razem:			

Zobowiązania

Nazwa pola	Wartość
Zobowiązania budżetowe:	
Inne zobowiązania:	
Kwota kredytów bankowych:	
Nazwa banku:	

CHARAKTERYSTYKA STANOWISKA PRACY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ **CHARAKTERYSTYKA STANOWISKA PRACY**

Nazwa pola	Wartość
Nazwa stanowiska pracy:	
Lokalizacja stanowiska pracy:	
Opis operacji i czynności wykonywanych na wyposażonym stanowisku pracy:	

Wymagane kwalifikacje i umiejętności pracownika niepełnosprawnego:	
Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych:	
Rodzaj i stopień niepełnosprawności osób, które mogą wykonywać pracę na wyposażonym stanowisku:	
Kwota do refundacji:	

WYPOSAŻENIE STANOWISKA PRACY

Lp.	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy do refundacji	Zmianowość ³	Liczba osób do obsługi ⁴	Wymiar czasu pracy ⁵	Koszty wyposażenia stanowiska pracy ⁶	Kwota do refundacji

Podsumowanie (wszystkie stanowiska pracy)

Nazwa pola	Wartość
Wnioskowana kwota do refundacji:	

OŚWIADCZENIA

- ☐ 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 lata⁷ obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata⁷ 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 nieprawdy.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

<i>Data sporządzenia wniosku</i>	<i>Podpis i pieczęć składającego</i>

F. OPINIA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY O MOŻLIWOŚCI SKIEROWANIA DO PRACY NA WYŻEJ OPISANE STANOWISKA PRACY ZAREJESTROWANYCH OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

<i>Data sporządzenia opinii</i>	<i>Podpis i pieczęć</i>

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

Odnosniki do wniosku

¹ 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.

² Pracodawcy nie prowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu, składając wniosek, nie wypełnia poniższych pozycji.

- ³ W przypadku planowanego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.
- ⁴ Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.
- ⁵ Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsza niż jeden etat.
- ⁶ Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W.
- ⁷ W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy.