……..

Pieczęć Wnioskodawcy

Katowice, dnia ….....

POWIATOWY URZĄD PRACY
W KATOWICACH
UL. POŚPIECHA 14
40-852 KATOWICE

WNIOSEK Wn-KZ część I

O ZWROT DODATKOWYCH KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z ZATRUDNIANIEM PRACOWNIKÓW NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Podstawa prawna:

1. Art. 26d ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2016r., poz. 2046);
2. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U. z 2016r., poz. 1808);
3. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2014r. w sprawie zwrotu dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych (Dz.U. z 2014r., poz. 1987);
4. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz.Urz. UE L 187 z 26.06.2014).

INFORMACJA:

1. Na wszystkie zawarte we wniosku pytania należy udzielić precyzyjnej odpowiedzi, ponieważ będą one podstawą do rozpatrzenia wniosku.
2. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości we wniosku Powiatowy Urząd Pracy informuje Wnioskodawcę o nieprawidłowościach w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku oraz wzywa do ich usunięcia w terminie 14 dni od dnia doręczenia wezwania. Wniosek nieuzupełniony we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.
3. Wniosek należy złożyć do powiatowego urzędu pracy właściwego ze względu na miejsce zatrudnienia osoby niepełnosprawnej, miejsce siedziby albo miejsce zamieszkania pracodawcy.
4. **Wniosek stanowi kontynuację *części I Wniosku o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych***, którego treść określa Załącznik do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2014r.

….....

podpis Wnioskodawcy

DANE DOTYCZĄCE KWALIFIKACJI, UMIEJĘTNOŚCI I DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO ORAZ ZAKRESU OBOWIĄZKÓW WYKONYWANYCH PRZEZ PRACOWNIKA POMAGAJĄCEGO PRACOWNIKOWI NIEPEŁNOSPRAWNEMU W PRACY [1]

Lp.	Charakterystyka stanowiska pracy
1	**Nazwa stanowiska pracy:**
2	**Liczba utworzonych miejsc pracy:**
3	**Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe oraz inne wymagania niezbędne do wykonywania pracy jakie powinien spełniać pracownik pomagający pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy:**
	Poziom i kierunek wykształcenia
	Doświadczenie zawodowe
	Inne kwalifikacje zawodowe
4	**Zakres obowiązków wykonywanych przez pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy w zakresie czynności ułatwiających komunikowanie się z otoczeniem, a także czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracownika niepełnosprawnego na stanowisku pracy:**
5	**Wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy:**
6	**Rodzaj i stopień niepełnosprawności pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy, w przypadku, gdy osoba skierowana do zatrudnienia ma posiadać orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:**
7	**Miejsce położenia stanowiska pracy:**

[1] w przypadku wnioskowania o zatrudnienie więcej niż jednego pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy dane dotyczące kwalifikacji, umiejętności i doświadczenia zawodowego oraz zakresu obowiązków należy rozpisać odrębnie dla każdego stanowiska pracy

Niniejszy wniosek składam pouczony(a) o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

……..... …….....

(Główny księgowy lub osoba uprawniona do prowadzenia dokumentacji finansowej Wnioskodawcy)

(Pieczęć i podpis osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy)

….....
miejscowość, data

SPIS DOKUMENTÓW DO WNIOSKU

Kserokopie dokumentów wymagają potwierdzenia za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wnioskodawcy

1. *Kserokopia aktualnego dokumentu poświadczającego formę prawną Wnioskodawcy (nie dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą). W przypadku spółki cywilnej do wniosku należy dołączyć umowę spółki.*
2. *Pełnomocnictwo do reprezentowania Wnioskodawcy (jeśli dotyczy).*
3. *Decyzja o nadaniu Numeru Identyfikacji Podatkowej.*
4. *Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.*
5. *Dokument potwierdzający, że Wnioskodawca jest podatnikiem VAT (jeśli dotyczy).*
6. *Zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o nie zaleganiu z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne (aktualne 3 miesiące).*
7. *Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o nie zaleganiu z opłatami z tytułu zobowiązań podatkowych (aktualne 3 miesiące).*
8. *Oświadczenie Wnioskodawcy (Załącznik nr 1 do wniosku).*
9. *Kserokopia umowy o pracę zawartej z pracownikiem niepełnosprawnym, któremu udzielana będzie pomoc.*
10. *Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia traktowanego na równi z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności pracownika niepełnosprawnego, któremu udzielana będzie pomoc.*
11. *Krajowa oferta pracy.*

12. ***Pracodawca, który podlega przepisom o pomocy publicznej, tj. prowadzący działalność gospodarczą, bez względu na formę organizacyjno – prawną oraz sposób finansowania, składa do wniosku:***
    - **a)** *Oświadczenie Wnioskodawcy dotyczące pomocy publicznej (Załącznik nr 2 do wniosku).*
    - **b)** *Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc inną niż pomoc w rolnictwie lub rybołówstwie, pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 lutego 2016r., poz. 238).*
    - **c)** *Sprawozdania finansowe za okres 3 ostatnich lat obrotowych, sporządzane zgodnie z przepisami o rachunkowości. Sprawozdań finansowych nie przekazują mikro i mali przedsiębiorcy.*

Urząd informuje Wnioskodawcę o nieprawidłowościach we wniosku w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku oraz wzywa do ich usunięcia w terminie 14 dni od dnia doręczenia wezwania

Wniosek nieuzupełniony we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia

Załącznik nr 1

….....

….....

….....

Pracodawca składający oświadczenie
(nazwa, siedziba lub miejsce prowadzenia działalności)

OŚWIADCZENIE

Niniejsze oświadczenie składam pouczony(a) o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Oświadczam, że:

1. **zatrudniam / nie zatrudniam**[1] co najmniej jednego pracownika (zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego lub umowy o pracę nakładczą);

2. liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na dzień składania wniosku wynosi

   …..... osoba/osób

3. **posiadam / nie posiadam**[1] w dniu złożenia wniosku zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;

4. **zalegam / nie zalegam**[1] w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;

5. **zalegam / nie zalegam**[1] w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;

6. **posiadam / nie posiadam**[1] w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;

7. **toczy się / nie toczy się**[1] w stosunku do Wnioskodawcy postępowanie upadłościowe;

8. **został / nie został**[1] zgłoszony w stosunku do Wnioskodawcy wniosek o likwidację;

9. **prowadzę / nie prowadzę**[1] działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej;

10. **zostałem / nie zostałem**[1] ukarany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks karny (Dz.U. z 2016r., poz. 1137) lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz.U. z 2016r., poz. 1541);

11. zobowiązuję się do zatrudnienia pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy w zakresie czynności ułatwiających komunikowanie się z otoczeniem, a także czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracownika niepełnosprawnego na stanowisku pracy;

12. zobowiązuję się w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia zawarcia umowy w sprawie zwrotu kosztów zatrudnienia pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy do poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Katowicach o wystąpieniu wszelkich zmian dotyczących danych zawartych we wniosku mających wpływ na zawarcie umowy oraz udzielanie pomocy na rekompensatę dodatkowych kosztów związanych z zatrudnieniem pracowników niepełnosprawnych;

13. spełniam warunki Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2014r. w sprawie zwrotu dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych (Dz.U. z 2014r., poz. 1987) do otrzymania zwrotu kosztów zatrudnienia pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy w zakresie czynności ułatwiających komunikowanie się z otoczeniem, a także czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracownika niepełnosprawnego na stanowisku pracy.

……
data i podpis Wnioskodawcy

[1] Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2

….

….

….

Pracodawca składający oświadczenie
(nazwa, siedziba lub miejsce prowadzenia działalności)

OŚWIADCZENIE

składane do wniosku w przypadku, gdy Wnioskodawca podlega przepisom o pomocy publicznej

Niniejsze oświadczenie składam pouczony(a) o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Oświadczam, że:

1. **znajduję się / nie znajduję się**[1] w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w art. 2 pkt 18 Rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz.Urz. UE L 187 z 26.06.2014).

   Do celów niniejszego Rozporządzenia **„przedsiębiorstwo znajdujące się w trudnej sytuacji”** oznacza przedsiębiorstwo, wobec którego zachodzi co najmniej jedna z poniższych okoliczności:

   a) w przypadku spółki z ograniczoną odpowiedzialnością (innej niż MŚP, które istnieje od mniej niż trzech lat lub, do celów kwalifikowalności pomocy na finansowanie ryzyka, MŚP w okresie siedmiu lat od daty pierwszej sprzedaży komercyjnej, które kwalifikuje się do inwestycji w zakresie finansowania ryzyka w następstwie przeprowadzenia procedury *due diligence* przez wybranego pośrednika finansowego), w przypadku gdy ponad połowa jej subskrybowanego kapitału zakładowego została utracona w efekcie zakumulowanych strat. Taka sytuacja ma miejsce, gdy w wyniku odliczenia od rezerw (i wszystkich innych elementów uznawanych za część środków własnych przedsiębiorstwa) zakumulowanych strat powstaje ujemna skumulowana kwota, która przekracza połowę subskrybowanego kapitału zakładowego. Do celów niniejszego przepisu „spółka z ograniczoną odpowiedzialnością” odnosi się w szczególności do rodzajów jednostek podanych w załączniku I do dyrektywy 2013/34/UE (1), a „kapitał zakładowy” obejmuje, w stosownych przypadkach, wszelkie premie emisyjne;

   b) w przypadku spółki, w której co najmniej niektórzy członkowie ponoszą nieograniczoną odpowiedzialność za jej zadłużenie (innej niż MŚP, które istnieje od mniej niż trzech lat lub, do celów kwalifikowalności pomocy na finansowanie ryzyka, MŚP w okresie siedmiu lat od daty pierwszej sprzedaży komercyjnej, które kwalifikuje się do inwestycji w zakresie finansowania ryzyka w następstwie przeprowadzenia procedury *due diligence* przez wybranego pośrednika finansowego), w przypadku gdy ponad połowa jej kapitału wykazanego w sprawozdaniach finansowych tej spółki została utracona w efekcie zakumulowanych strat. Do celów niniejszego przepisu „spółka, w której co najmniej niektórzy członkowie ponoszą nieograniczoną odpowiedzialność za jej zadłużenie” odnosi się w szczególności do rodzajów jednostek wymienionych w załączniku II do dyrektywy 2013/34/UE;

   c) w sytuacji gdy przedsiębiorstwo podlega zbiorowemu postępowaniu w związku z niewypłacalnością lub spełnia kryteria na mocy obowiązującego prawa krajowego, by zostać objętym zbiorowym podstępowaniem w związku z niewypłacalnością na wniosek jej wierzycieli;

   d) w sytuacji gdy przedsiębiorstwo otrzymało pomoc na ratowanie i nie spłaciło do tej pory pożyczki ani nie zakończyło umowy o gwarancję lub otrzymało pomoc na restrukturyzację i nadal podlega planowi restrukturyzacyjnemu;

   e) w przypadku przedsiębiorstwa, które nie jest MŚP, jeśli w ciągu ostatnich dwóch lat:
   1) księgowy stosunek kapitału obcego do kapitału własnego tego przedsiębiorstwa przekracza 7,5; oraz
   2) wskaźnik relacji pokrycia odsetek do EBITDA tego przedsiębiorstwa wynosi poniżej 1,0.

2. **otrzymałem / nie otrzymałem**[1] inną pomoc ze środków publicznych, niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym ze środków z budżetu Unii Europejskiej, udzieloną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą.

3. spełniam warunki do otrzymania pomocy na rekompensatę dodatkowych kosztów związanych z zatrudnieniem pracowników niepełnosprawnych określone w Rozporządzeniu Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014r. uznającym niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz.Urz. UE L 187 z 26.06.2014).

……
data i podpis Wnioskodawcy

[1] Niepotrzebne skreślić

Wnioskodawca ubiegający się o pomoc na rekompensatę dodatkowych kosztów związanych z zatrudnieniem pracowników niepełnosprawnych jest zobowiązany do przedstawienia wraz z wnioskiem o udzielenie pomocy:

1. *informacji dotyczących Wnioskodawcy i prowadzonej przez niego działalności gospodarczej oraz informacji o otrzymanej pomocy publicznej, zawierających w szczególności wskazanie dnia i podstawy prawnej jej udzielenia, formy i przeznaczenia. (Załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 lutego 2016r., poz. 238).*
2. *sprawozdań finansowych za okres 3 ostatnich lat obrotowych, sporządzanych zgodnie z przepisami o rachunkowości. Sprawozdań finansowych nie przekazują mikro i mali przedsiębiorcy.*