#

 ………………………………….

(pieczęć firmowa pracodawcy)

 DYREKTOR

 POWIATOWEGO URZĘDU PRACY

 W OPOLU

**ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU – Wn-W**

**O PRZYZNANIE REFUNDACJI KOSZTÓW WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

**OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**Podstawa prawna :**

1. Art.26 e ust.8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2024.44 t.j.).
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej
(Dz.U. 2022.1276 t.j. ze zm.).

**A. INFORMACJA O WNIOSKODAWCY:**

**1. Nazwa wnioskodawcy:**

**………………………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………….**

 (pieczątka)

**2. Adres siedziby lub zamieszkania wnioskodawcy:**

Miejscowość ..................................................... Województwo ................................................

Ulica ............................................................................................. Nr .......................................

Kod ................................................................ Poczta ................................................................

Telefon .............................................................. e-mail ……………………………………….

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu z Urzędem (w przypadku realizacji wniosku o refundację)

…………………………………………………………………………………………………

Telefon.............................................e-mail…………………………………………………….

**3. Numer ewidencyjny PESEL** (w przypadku osoby fizycznej) ……………………………

**4. NIP**  .......................................................................................................................................

**5. REGON**..................................................................................................................................

**6. KRS**…………………………………………………………………………………………

**7. PKD**…………………………………………………………………………………………

**8. Krótka charakterystyka prowadzonej działalności:**

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………….……………

………………………………………………………………………………….……………

………………………………………………………………………………….……………

………………………………………………………………………………….……………

………………………………………………………………………………….……………

………………………………………………………………………………….……………

**9. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności** (dzień, miesiąc, rok) ……………………………

**10. Forma prawna prowadzonej działalności:** …………………………………………..…..

(spółka akcyjna, spółka z o.o. spółka cywilna , działalność indywidualna i inna)

**11. Numer konta bankowego:** …….………………………………………………………..…

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

**12. Stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełne etaty na dzień złożenia wniosku:**

(Uwaga! zgodnie z kodeksem pracy pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Proszę nie uwzględniać pracowników przebywających na urlopach macierzyńskich, urlopach na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopach ojcowskich, urlopach rodzicielskich i urlopach wychowawczych, a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego oraz osób wykonujących obowiązki w ramach umowy - zlecenia )

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

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

**13. Nazwisko i imię oraz stanowisko osoby/osób uprawnionej/ych do reprezentowania podmiotu
i podpisywania umów**:

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

 nazwisko i imię stanowisko wzór podpisu

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

 nazwisko i imię stanowisko wzór podpisu

**B. DANE DOTYCZĄCE WSPÓŁPRACY Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY W OPOLU (w okresie ostatnich trzech lat)**

**1**. Czy w ramach dotychczasowej współpracy wnioskodawca zgłaszał oferty pracy
do tut. urzędu:

Tak Nie

### 2. Czy dotychczas firma korzystała ze środków PFRON:

Tak Nie

### 3. Czy dotychczas firma korzystała ze środków Funduszu Pracy:

Tak Nie

### Jeżeli TAK to proszę uzupełnić poniższą tabelę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa programu | Rok | Liczba osób objętych wsparciem | Liczba osób zatrudnionych po zakończeniu umowy z PUP | Przyczyny niezatrudnienia osób |
| Staże |  |  |  |  |
| Prace interwencyjne |  |  |  |  |
| Refundacja wyposażenia lubdoposażenia stanowiska pracy |  |  |  |  |
| Inne formy wsparcia proszę podać jakie, (np. bony stażowe, bony zatrudnieniowe, dofinansowanie wynagrodzenia dla osoby powyżej 50 lub 60 roku życia, refundacja kosztów zatrudnienia osoby do 30 roku życia, inne jakie : …………………....... |  |  |  |  |

**C. DANE DOTYCZĄCE TWORZONEGO MIEJSCA PRACY DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH :**

1. Liczba stanowisk pracy ………………………………………………………………..

1. Nazwa nowoutworzonego stanowiska pracy - zgodnie z klasyfikacją zawodów
 i specjalności:

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

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania – ( Dz. U.2018.227 t..j. ze zm.), ww. wykaz jest również dostępny na stronie internetowej: [www.psz.praca.gov.pl](http://www.psz.praca.gov.pl)

1. Stopień niepełnosprawności osób, które mogą wykonywać prace na wyposażonym

 stanowisku: ……………………………………………………………………………

 4. Rodzaj wykonywanej pracy:

 ………………………………………………………………………………………….

 ………………………………………………………………………………………….

 ………………………………………………………………………………………….

 ………………………………………………………………………………………….

 ………………………………………………………………………………………….

 ………………………………………………………………………………………….

 ………………………………………………………………………………………….

 5. Dodatkowe informacje dotyczące nowoutworzonego stanowiska pracy:

 - na czas określony, nieokreślony ………………………………………………………

 - wymiar czasu pracy ……………………………….………………………………….

 - zmianowość ………………………………………………………...…………………

 - proponowane miesięczne wynagrodzenie brutto………………………………………

 6. Kwalifikacje i umiejętności osoby niepełnosprawnej oraz wymagania dotyczące

 sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych do pracy

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

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

……………………………………………………………………………………………….

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

 7. Miejsce wykonywania pracy przez skierowane osoby niepełnosprawne ( proszę podać

 adres )

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

……………………………………………………………………………………………….

 8. Tytuł prawny do nieruchomości /lokalu w którym będzie znajdować się stanowisko
 pracy\*:

* akt własności
* umowa najmu lokalu; czas trwania najmu od ………………… do ………………….
* inne ( np. umowa użyczenia lokalu); czas użyczenia lokalu od …………do …………
* nie dotyczy ( wskazać uzasadnienie)

 …………………………………………………………………………………………………

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

 \* Proszę zaznaczyć właściwą opcję

9. Termin wyposażenia stanowisk pracy dla osoby niepełnosprawnej :

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

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

**\* W przypadku wnioskowania o refundację dla kilku stanowisk, proszę o przygotowanie oddzielnych danych dla każdego stanowiska pracy**

##### D. ANALIZA FINANSOWA

1. Wnioskowana kwota kosztów refundacji (maksymalnie do wysokości piętnastokrotnego

 przeciętnego wynagrodzenia)

 ogółem: …………………………………………………………………………………

2. Specyfikacja zakupów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej\*:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Wyszczególnienie zakupów** |  **Środki własne** | **Środki z PEFRON****brutto** | **Inne****Źródła****(podać jakie)** | **Razem****(3+4+5)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |

**UWAGA:**

**Suma wartości brutto powinna być zgodna z kwotą wnioskowaną.**

**\* W przypadku wnioskowania o refundację dla kilku stanowisk, proszę o przygotowanie oddzielnej analizy dla każdego stanowiska pracy**

3. Uzasadnienie zakupów związanych z wyposażeniem stanowisk/a pracy dla osoby niepełnosprawnej skierowanej przez urząd, finansowanych ze środków PFRON:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot** | **Uzasadnienie zakupu ( do czego będzie służył ) w związku z zamierzoną działalnością** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**\* W przypadku wnioskowania o refundację dla kilku stanowisk, proszę o przygotowanie oddzielnego uzasadnienia dla każdego stanowiska pracy**

**E. PROPONOWANE FORMY ZABEZPIECZENIA ZWROTU KWOTY REFUNDACJI :**

1. **PORĘCZENIE**: (imię i nazwisko poręczycieli)
2. ……………………………………………………………………………………….
3. ……………………………………………………………………………………….
4. ……………………………………………………………………………………….
5. ……………………………………………………………………………………….
6. **AKT NOTARIALNY O PODDANIU SIĘ DOBROWOLNEJ EGZEKUCJI PRZEZ DŁUŻNIKA:**

 TAK NIE

*Zobowiązuję się do zatrudnienia osoby niepełnosprawnej zarejestrowanej w Powiatowym Urzędzie Pracy jako bezrobotnej albo poszukującej pracy nie pozostającej w zatrudnieniu przez okres co najmniej 36 miesięcy.*

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

 miejscowość , data pieczęć i podpis wnioskodawcy\*

\*podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

Uwaga :

Wnioski nie zawierające pełnej informacji i bez kompletu załączników nie będą rozpatrywane !

F. Wymagane załączniki:

Należy przedłożyć załączniki dotyczące wnioskodawcy jak i zabezpieczenia.

1. Umowa spółki cywilnej w przypadku gdy Wnioskodawcą jest spółka cywilna,
2. Oświadczenie wnioskodawcy – załącznik nr 1,
3. Oświadczenie dotyczące pomocy de minimis - załącznik nr 2,
4. Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z wojną w Ukrainie załącznik nr 3,
5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis –* załącznik nr 4
6. Dokumenty dotyczące formy zabezpieczenia zwrotu kwoty refundacji:
7. W przypadku wyboru zabezpieczenia zwrotu kwoty refundacji w formie poręczenia cywilnego należy wypełnić i dołączyć do wniosku formularz ” oświadczenia poręczycieli o uzyskiwanych dochodach” - załącznik nr 5.
8. W przypadku wyboru zabezpieczenia zwrotu refundacji w postaci aktu notarialnego o dobrowolnym poddaniu się egzekucji należy wypełnić i dołączyć do wniosku formularz “oświadczenia wnioskodawcy o sytuacji majątkowej”- załącznik nr 6.

Akt notarialny sporządzany jest w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, po podpisaniu umowy z urzędem. Koszt sporządzenia aktu ponosi Wnioskodawca.

1. Załączniki wymienione we wniosku o refundację Wn-W.

Wymienione załączniki stanowią komplet wniosku.

**Wszystkie kserokopie dokumentów wymagają potwierdzenia za zgodność z oryginałem
przez Wnioskodawcę.**

Załącznik nr 1

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY** |
|  Pouczony o odpowiedzialności karnej w trybie art. 233 § 1 kodeksu karnego: ,,Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” oświadczam, że: |
| 1. Dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.
 |
| 1. Posiadam/nie posiadam¹ zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
 |
| 1. Zalegam/nie zalegam¹ z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
 |
| 1. Toczy się /nie toczy się ¹ w stosunku do składającego wniosek postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
 |
| 1. Skierowany niepełnosprawny otrzyma wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych przysługujących zatrudnionym pracownikom.
 |
| 1. Jestem/nie jestem¹ przedsiębiorcą w rozumieniu Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w prawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis.*
 |
| 1. Spełniam/y warunki, o których mowa w art. 3 ust. 2 rozporządzenia Komisji (WE) Nr 1407/2013 oraz w art. 3, ust. 2 rozporządzenia Komisji (WE) Nr 1408/2013.
 |
| 1. Jestem/nie jestem¹ czynnym podatnikiem VAT.
 |
| 1. Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny oraz za pośrednictwem poczty e-mail.
 |

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Opolu ul. mjr Hubala 21,
45-266 Opole. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego, ciążącego na Administratorze, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO), w związku z Art.26 e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U.2024.44 t.j.).Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez Administratora oraz opis przysługujących Pani/Panu praw z tego tytułu, jest dostępnych na stronie internetowej: <http://opole.praca.gov.pl/> lub w siedzibie Administratora.

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

 Miejscowość i data podpis i pieczęć osoby/osób

 uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

¹proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź

Załącznik nr 2

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS**

**…………………………………………………………….……………………………………………**

 (pełna nazwa Wnioskodawcy )

**zgodnie z art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej ( Dz. U. 2023. 702 t. j.)**

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że:**

w okresie bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych **nie otrzymałem\* / otrzymałem\*** pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w następującej wielkości:

\* zaznaczyć właściwe

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organudzielającypomocy | Dzień udzielen[i](file:///T%3A%5CWNIOSKI%202014%20po%20zmianie%20ustawy%5CREF.%20SK%C5%81ADEK%20DO%2030%20R%C5%BB%5CREF%20SK%C5%81ADEK%20DO%2030%20RZ.docx#bookmark2)apomocy(dzień-miesiąc- rok) | Wartość pomocybrutto |
| w PLN | w EURO |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | Razem pomoc de minimis |  |  |

 ………………..……………………….

 podpis i pieczęć osoby/osób

 uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

W przypadku spółek cywilnych wymagane jest złożenie oddzielnych oświadczeń dotyczących spółki oraz każdego wspólnika spółki.

Załącznik nr 3

**OŚWIADCZENIE**

**o niepodleganiu sankcjom w związku z wojną w Ukrainie**

W związku z ubieganiem się o udzielenie wsparcia oświadczam, że nie podlegam sankcjom wprowadzonym
 w związku z wojną w Ukrainie oraz, że

1) **nie jestem/Wnioskodawca\* nie jest** wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ww. ustawy;

2) beneficjentem rzeczywistym **Wnioskodawcy\*** w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. 2023. 1124 t .j. ze zm.) **nie jest** osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ww. ustawy;

3) jednostką dominującą **Wnioskodawcy\*** w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. 2023. 120 t. j. ze zm.), **nie jest** podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ww. ustawy.

\*dotyczy osób prawnych

 ………………..……………………….

 Podpis i pieczęć osoby/osób

 uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

 *--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------*

Dokonano weryfikacji pod kątem wykluczenia w dniu ……………………………

Podpis pracownika ………………………………

Załącznik nr 5

**OŚWIADCZENIE PORĘCZYCIELA O UZYSKIWANYCH DOCHODACH**

**z dnia …………..……..**

Pouczony w trybie art. 233 §1 ustawy z dnia 06 czerwca 1997r. Kodeks karny ( Dz.U.2024.
17 t.j.):„Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postepowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”, **oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.**

Ja niżej podpisany/a ………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko poręczyciela)

zam.……………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………

(adres poręczyciela)

tel. kontaktowy……………………………………………………

PESEL……………………………………….., legitymujący się dowodem osobistym seria………………………… nr…………………………

wydanym przez……………………………………………………………………

**I** **Oświadczam, że uzyskuję średnio miesięcznie dochód netto z tytułu: \***

1. Zatrudnienia w…………………………………………………………………………………………………............................................................

( pełna nazwa zakładu pracy, jego adres, numer telefonu do kadr lub właściciela)

Od dnia ................................................................... na stanowisku ……………………………………………………………….. .

**Umowa z w/w zawarta jest:\* ⁪** na czas nieokreślony , ⁪ na czas określony do dnia ……………………………………………….....…

**Średnie** miesięczne wynagrodzenie **netto** z ostatnich 3 miesięcy wynosi………………………………….……………………. zł słownie.............................................................................................................................................................................................

**Powyższe wynagrodzenie:\* ⁪** nie jest obciążone z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów

**⁪** jest obciążone kwotą ………………………………………….………. z tytułu\* ⁭ pożyczki ⁭ kredytu ⁭ inne ........................................................................................................ Wysokość miesięcznego obciążenia wynosi ………………………………….………. ostateczny termin spłaty …………………..………...

**Oświadczam, że :\* ⁪** znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę

 **⁪** nie znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę

**2)** pobierania renty/emerytury

 oświadczam, że uzyskuję średnio miesięcznie dochód netto w kwocie ………………………….............................

**3)** prowadzenia działalności gospodarczej

 oświadczam, że uzyskuję średnio, w ciągu ostatnich 6 miesięcy, miesięcznie dochód netto w kwocie ……………………...................................................

 forma prawna prowadzonej działalności gospodarczej ………………………………………………............................................................

 sposób opodatkowania prowadzonej działalności gospodarczej ……………………………………………….............................................

 numer NIP ................................................... numer REGON ……………................................................... **Oświadczam, że nie zalegam / zalegam\* ze składkami w ZUS i opłatami w Urzędzie Skarbowym.

II Oświadczam, że:\***

- nie jestem zadłużony(a) w bankach i innych instytucjach finansowych,

- posiadam zadłużenie w wysokości raty miesięcznej ……………………………………zł do dnia …………………………..…………............w………………………………………………………………………………………………….......................................................................................................……………………

z tytułu ………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**III Oświadczam, że:**

nie posiadam żadnych długów objętych tytułami egzekucyjnymi, oraz nie toczą się w stosunku do mnie żadne postępowania sądowe lub administracyjne dotyczące niespłaconych zobowiązań pieniężnych, jak również nie są prowadzone przeciwko mnie żadne postępowania z tytułu egzekucji sądowej
i administracyjnej.

**IV Stan cywilny:** pozostaję w związku małżeńskim/nie pozostaję w związku małżeńskim \*.

**V Oświadczam, że** nie poręczam w tut. Urzędzie żadnych umów cywilnoprawnych: o przyznanie jednorazowo środków na rozpoczęcie działalności, o doposażenie lub wyposażenie stanowiska pracy, które są w trakcie realizacji.

Wiarygodność przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem. Oświadczam jednocześnie, że informacje zawarte w niniejszym dokumencie są zgodne ze stanem faktycznym
 i prawnym.

 ……………………….....…………………….

 (czytelny podpis poręczyciela)

\* niepotrzebne skreślić

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Opolu ul. mjr Hubala 21, 45-266 Opole. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego, ciążącego na Administratorze, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO), w związku z Art.26 e ust.8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U.2024.44 t.j.).Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez Administratora oraz opis przysługujących Pani/Panu praw z tego tytułu, jest dostępnych na stronie internetowej: <http://opole.praca.gov.pl/> lub w siedzibie Administratora.

Załącznik nr 6

# **OŚWIADCZENIE**

**WNIOSKODAWCY O SYTUACJI MAJĄTKOWEJ**

**z dnia ...............................
 ( w przypadku wyboru formy zabezpieczenia zwrotu refundacji w postaci aktu notarialnego o dobrowolnym poddaniu się egzekucji)**

Pouczony w trybie art. 233 §1 ustawy z dnia 06 czerwca 1997r. Kodeks karny ( Dz.U.2024.
17 t.j.):„Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postepowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”,

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

Ja niżej podpisany/a

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

*( imię i nazwisko wnioskodawcy lub nazwa pracodawcy )*

Pesel............................................................................................................................................................................

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

……………………………………………………………………………………………………………………

*( adres miejsca zamieszkania lub siedziba pracodawcy)*

Oświadczam, co następuje:

1. Posiadam następujące składniki majątkowe stanowiące własność lub współwłasność moją lub współmałżonka:
2. posiadane nieruchomości

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj, adres nieruchomości** | **Nazwisko właściciela/współwłaściciela** | **Udział wnioskodawcy**  | **Rok zakupu** | **Wartość rynkowa** | **Obciążenie hipoteką** |
|  |  |  |  |  |  |

1. maszyny, urządzenia i środki transportu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Typ maszyny, urządzenia, samochodu** **( nr fabryczny, nr rejestracyjny )** | **Rok produkcji** | **Wartość rynkowa** **w tys. zł** | **Zastaw przewłaszczenie na rzecz ...................................** |
|  |  |  |  |

1. posiadane papiery wartościowe

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **Liczba** | **Cena nominalna** | **Wartość rynkowa** | **Przewłaszczenie i zastawy na rzecz .....................................** |
|  |  |  |  |  |

1. inny majątek osobisty lub pracodawcy– opis

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj** | **Wyszczególnienie** | **Cena nominalna** | **Wartość rynkowa** |
| **Dobra ruchome wysokiej wartości** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Udziały wg. ich rodzajów (spółki z o.o.****i cywilne)** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Zadłużenie wobec banków, podmiotów gospodarczych, budżetu państwa, ZUS, osób fizycznych oraz zobowiązania z tytułu udzielonych poręczeń, gwarancji moje i współmałżonka jest następujące:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Podmiot wobec, którego istnieje zobowiązanie** | **Kwota zobowiązania** | **Kwota pozostała** **do spłaty** | **Data powstania zobowiązania** | **Forma prawnego zabezpieczenia** | **Data wygaśnięcia zobowiązania** |
|  |  |  |  |  |  |

Wiarygodność przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem. Oświadczam jednocześnie, że informacje zawarte w niniejszym dokumencie są zgodne ze stanem faktycznym
i prawnym.

**Wiarygodność powyższego oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

……………………………………………

 (czytelny podpis wnioskodawcy)