**Załącznik do wniosku Wn-KZ**

……………………………………………….

Pieczęć podmiotu

**DODATKOWA INFORMACJA PRACODAWCY**

**do wniosku Wn-KZ w sprawie zwrotu dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych ze środków PFRON**

**UWAGA:**

 „Dodatkowa Informacja Pracodawcy” wraz z wnioskiem Wn-KZ oraz wymaganymi dokumentami stanowi komplet dokumentów, które w Powiatowym Urzędzie Pracy w Jastrzębiu-Zdroju składa Wnioskodawca, ubiegający się o zwrotu dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych ze środków PFRON.

 „Dodatkową Informację Pracodawcy” Wnioskodawca sporządza w języku polskim, w sposób czytelny, tj. komputerowo lub drukowanymi literami i długopisem, wpisując treść w każdym do tego wyznaczonym punkcie dokumentu.

 W przypadku wypełniania „Dodatkowej Informacji Pracodawcy” wszelkie poprawki należy dokonywać poprzez skreślenie, zaparafowanie i podanie daty dokonania zmiany oraz dołączenie załączników na osobnych stronach, gdy na opis aspektu ważnego według Wnioskodawcy brakuje wystarczającego miejsca.

 Rozpatrzeniu podlega wyłącznie czytelny, kompletny i prawidłowo sporządzony wniosek Wn-KZ złożony wraz z „Dodatkową Informacją Pracodawcy” oraz załączonymi do nich wymaganymi dokumentami, stanowiącymi podstawę przyznania środków PFRON, a następnie integralną część umowy. Jednak sam fakt złożenia kompletu dokumentów nie gwarantuje przyznania środków.

 Refundacji nie będą podlegać koszty powstałe przed podpisaniem umowy z Urzędem.

.…………………………………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji i składania

oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego, za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję, że podmiot:

1. na dzień składania wniosku **zatrudnia / nie zatrudnia\*,** w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, ……………… **pracownika / pracowników\***;
2. **nie znajduje się/znajduje się** w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy publicznej;
3. **toczy się/ nie toczy\***się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację;
4. **sporządza /nie sporządza\*** sprawozdania finansowe zgodnie z przepisami o rachunkowości (w przypadku, gdy podmiot sporządza ww. sprawozdania należy przedłożyć do Powiatowego Urzędu Pracy w Jastrzębiu-Zdroju ich kserokopie wraz z opiniami biegłych rewidentów za okres ostatnich 3 lat obrotowych, uwierzytelnione przez osobę upoważnioną do reprezentacji i składania oświadczeń zgodnie z dokumentem rejestrowym) lub roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie 3 lata wraz z dowodem nadania do urzędu skarbowego
5. **spełnia / nie spełnia***\** warunki rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2014r. w sprawie zwrotu dodatkowych kosztów związanych z zatrudnieniem pracowników niepełnosprawnych ( Dz. U z 2014r. poz. 1987 )
6. **spełnia /nie spełnia***\** 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);
7. **otrzymał/ nie otrzymał inną pomoc ze środków publicznych, niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym środków z budżetu UE , udzieloną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą;**
8. **zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu Pracy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Jastrzębiu-Zdroju zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku;**
9. **zobowiązuję się do** złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Jastrzębiu-Zdroju otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis;
10. **został poinformowany, iż** Administratorem Danych Osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Jastrzębiu-Zdroju, ul. Wrocławska 2, 44-335 Jastrzębie-Zdrój adres e-mail:  **sekretariat@pupjastrzebie.pl**(dalej jako „ADO”). ADO wyznaczył Inspektora Ochrony Danych w osobie: Pana Wacława Knura, z którym można się skontaktować pod adresem ul. Wrocławska 2, 44-335 Jastrzębie-Zdrój, pod adresem mailowym: **iod@pupjastrzebie.pl****.** Administrator przetwarza dane osobowe zgodnie z art. 6 ust. 1 RODO. Przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne w celu realizacji zadań ustawowych, określonych w przepisach z zakresu polityki rynku pracy, z zakresu postępowania administracyjnego oraz innych przepisów regulujących działalność Administratora, w szczególności w celu realizacji zadań określonych w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, w tym zapewnienia pomocy określonej w ww. ustawach, prowadzenia postępowań kontrolnych i wydawania decyzji, weryfikacji uprawnień i danych, realizacji obowiązków sprawozdawczych i obowiązków w zakresie statystyki publicznej, oraz określania planów dalszych działań, a także badań naukowych. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak jest wymogiem niezbędnym do skorzystania z usług świadczonych przez Powiatowy Urząd Pracy w Jastrzębiu-Zdroju. Dane osobowe przetwarzane przez Powiatowy Urząd Pracy w Jastrzębiu-Zdroju podlegają zabezpieczeniom zapobiegającym nadużyciom lub niezgodnemu z prawem dostępowi lub przekazywaniu. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres 50 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zakończono udzielanie pomocy. Dane osobowe, o których mowa wyżej, są pseudonimizowane niezwłocznie po upływie 50 lat, i usuwane po upływie 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym je spseudonimizowano. Jeżeli w powyższych okresach, zostanie wytoczone powództwo lub zostanie wszczęte postępowanie, w którym przetwarzane dane osobowe stanowią dowód, okres przetwarzania, przedłuża się do czasu prawomocnego zakończenia tego postępowania. *Prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych zawartych w zbiorze przysługuje zgodnie z RODO. Dane przetwarzane przez Administratora danych osobowych będą udostępniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, w szczególności: sądom, komornikom sądowym, organom ścigania, ośrodkom pomocy społecznej, urzędom skarbowym, Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych oraz firmie SYGNITY S.A. w ramach podpisanych umów w zakresie nadzoru autorskiego nad oprogramowaniem, w którym przetwarzane są dane. Zgodnie z RODO oraz ustawą o ochronie danych osobowych, w przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.*

**Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Dane widniejące w Krajowym Rejestrze Sądowym lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej są zgodne ze stanem faktycznym. Ponadto oświadczam, że pracodawca posiada wszystkie niezbędne dokumenty wymagane w zakresie prowadzonej działalności w tym m.in.: koncesje, licencje, zezwolenia, certyfikaty, a także wpisy do stosownych rejestrów.**

.…………………………………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji i składania

oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

**ZAŁĄCZNIKI**

**Wykaz załączników:**

1. Aktualne kopie dokumentów potwierdzających dane w części I wniosku Wn-KZ;
2. Kopie umów o pracę z pracownikami niepełnosprawnymi wraz z uwierzytelnionymi kopiami orzeczeń o stopniu niepełnosprawności lub orzeczeń traktowanych na równi z orzeczeniami o stopniu niepełnosprawności, obejmującymi cały okres zwrotu kosztów;
3. Zaświadczenie o zasadności udzielenia pomocy pracownikowi niepełnosprawnemu, o którym mowa w art. 26d ust. 1 ustawy, wydane przez lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad tym pracownikiem;
4. Kopie umów o pracę zawartych z pracownikami pomagającymi pracownikom niepełnosprawnym w pracy wraz z uwierzytelnionymi kopiami dokumentów potwierdzających, że zakres obowiązków tych pracowników obejmuje udzielanie pomocy pracownikom niepełnosprawnym w zakresie czynności ułatwiających komunikowanie się z otoczeniem, a także czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracownika niepełnosprawnego na stanowisku pracy;
5. Wykaz pracowników niepełnosprawnych objętych pomocą.
6. Wykaz pracowników pomagających pracownikom niepełnosprawnym w pracy, wnioskowanych do refundacji.
7. Wypełniony formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc inną niż pomoc w rolnictwie lub rybołóstwie pomc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie - wzór formularza jest załączony do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29.03.2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc inna niż pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. Nr 53, poz. 312 ze zm.)
8. Odpowiednio: sprawozdania finansowe za okres trzech ostatnich lat obrotowych — w przypadku podmiotów sporządzających sprawozdania, w pozostałych przypadkach — roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie trzy lata, wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego,
9. Informacja o sytuacji ekonomicznej przedsiębiorstw powiązanych (załącznik nr 1 do „Dodatkowej informacji pracodawcy”)
10. W przypadku otrzymania pomocy publicznej pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie **w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowalnych** należy załączyć informację o jej wysokości oraz dołączyć zaświadczenia o udzielonej pomocy.
11. Pełnomocnictwo notarialne do reprezentowania Wnioskodawcy – pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania podmiotu w odnośnym dokumencie rejestracyjnym.

**UWAGA:** *kserokopie wszystkich dokumentów wymagają potwierdzenia za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentacji, zgodnie z dokumentem rejestrowym.*

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2023r. poz. 100 z późn. zm.)
2. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie zwrotu dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych (Dz. U. z 2014r., poz. 1987).
3. Rozporządzenie 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 r., str. 1).
4. Ustawa z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. 2021r., poz.162 z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz.U.z 2020r., poz. 708).
6. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29.03.2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc inną niż pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołóstwie (Dz. U. Nr 53, poz. 312 ze zm.)

.…………………………………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji i składania

oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

**Załącznik nr 1 do** „Dodatkowej informacji pracodawcy”

**Do INFORMACJI O SYTUACJI EKONOMICZNEJ**

**PRZEDSIĘBIORSTWA POWIĄZANEGO**

Na podstawie art. 1 ust. 4 lit. c Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. 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, str. 1) (*zwanego dalej: rozporządzeniem Komisji (UE) Nr 651/2014*) oraz art. 3 ust. 1-3 Załącznika 1 nr do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014

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

(nazwa przedsiębiorstwa powiązanego, adres, NIP)

wyjaśnia, co następuje:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Czy w przypadku spółki akcyjnej, spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz spółki komandytowo – akcyjnej, 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 uznanych za część środków własnych przedsiębiorstwa} zakumulowanych strat powstaje ujemna skumulowana kwota, która przekracza połowę subskrybowanego kapitału zakładowego).* ***(dotyczy MŚP działających co najmniej 3 lata oraz dużych przedsiębiorstw)***
 | □ tak□ nie □ nie dotyczy |
|  |  |
|  |  |
| 1. Czy w przypadku spółki jawnej oraz spółki komandytowej, w której co najmniej niektórzy członkowie ponoszą nieograniczoną odpowiedzialność za jej zadłużenie, ponad połowa jej kapitału wykazanego w sprawozdaniach finansowych została utracona w efekcie zakumulowanych strat?

***(dotyczy MŚP działających co najmniej 3 lata oraz dużych przedsiębiorstw)***  | □ tak□ nie □ nie dotyczy |
|  |  |
| 1. Czy przedsiębiorstwo podlega zbiorowemu postępowaniu w związku z niewypłacalnością lub spełnia kryteria na mocy obowiązującego prawa krajowego, by zostać objętym zbiorowym postępowaniem w związku z niewypłacalnością na wniosek jego wierzycieli?

***(dotyczy wszystkich przedsiębiorstw bez względu na wielkość)*** | □ tak□ nie  |
|  |  |
| 1. Czy przedsiębiorstwo nie spłaciło do tej pory pożyczki, którą otrzymało jako pomoc na ratowanie ani nie zakończyło umowy o gwarancję lub otrzymało pomoc na restrukturyzację i nadal podlega planowi restrukturyzacyjnemu?

***(dotyczy wszystkich przedsiębiorstw bez względu na wielkość)***  | □ tak□ nie  |
|  |  |
| 1. Czy w przypadku przedsiębiorstwa, które nie jest MŚP w ciągu ostatnich dwóch lat:
2. księgowy stosunek kapitału obcego do kapitału własnego tego wnioskodawcy przekracza 7,5; oraz
3. wskaźnik pokrycia odsetek do EBITDA tego wnioskodawcy wynosi poniżej 1,0?

***(dotyczy jedynie dużych przedsiębiorstw)***  | □ tak□ nie □ nie dotyczy |

Dane osoby upoważnionej do przedstawienia informacji:

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

 (imię i nazwisko) (nr telefonu) (data i podpis) (stanowisko służbowe)