

DODATKOWE INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**1. Pełna nazwa Wnioskodawcy**

.....

2. Siedziba Wnioskodawcy

.....

3. Miejsce tworzenia stanowiska pracy

.....

4. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu w sprawie złożonego wniosku.....**nr telefonu.....****5. Dodatkowe informacje o Wnioskodawcy**

Numer REGON (kserokopia, oryginał do wglądu)		
Aktualna wartość księgowa rzeczowego majątku trwałego		
Wnioskodawca jest płatnikiem podatku VAT	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT		
Wnioskodawca jest płatnikiem podatku VAT, lecz nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Podstawa prawna		

6. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do obowiązkowych wpłat na rzecz PFRON	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Numer identyfikacyjny PFRON		
Kwota zaległości z tytułu wpłat		

7. Informacja o zaciągniętych kredytach bankowych

Czy Wnioskodawca korzysta z kredytów bankowych						TAK <input type="checkbox"/> *	NIE <input type="checkbox"/>
Nazwa banku	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota spłacona	Forma zabezpieczenia		
Razem							

* dołączyć opinie bankowe

8. Sprawozdanie ze stanu zatrudnienia za okres 12 miesięcy przed złożeniem wniosku

L.p	Miesiąc	Liczba osób*		Liczba osób w przeliczeniu na pełny wymiar czasu *	
		ogółem	w tym niepełnosprawnych	ogółem	w tym niepełnosprawnych
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

10.					
11.					
12.					
Średnia z 12 m-cy					

Uzasadnienie zmian kadrowych w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy:

* Nie wlicza się pracowników przebywających na urloпах bezpłatnych, macierzyńskich, wychowawczych, odbywających zasadniczą służbę wojskową, a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego (uczniów).

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 K.K. za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy potwierdzam własnoręcznym podpisem wiarygodność i prawdziwość powyżej podanych informacji

.....
(podpis Wnioskodawcy)

9. Opinia Powiatowego Urzędu Pracy w Inowrocławiu o możliwości skierowania do pracy na opisane stanowiska pracy zarejestrowanych osób niepełnosprawnych:

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

Data sporządzenia wniosku.....Podpis i pieczęć.....

Oświadczenie Wnioskodawcy
o otrzymanej pomocy publicznej *de minimis*/innej pomocy
dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych

Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy i poprzedzające go dwa lata podatkowe:

nie otrzymałem/am

otrzymałem/am

środków stanowiących pomoc publiczną *de minimis*.

W przypadku otrzymania pomocy *de minimis* należy dołączyć odpowiednie zaświadczenie o udzielonej pomocy *de minimis*.

Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy i poprzedzające go dwa lata podatkowe:

nie otrzymałem/am

otrzymałem/am

środków stanowiących inną pomoc dotyczącą tych samych kosztów kwalifikowanych wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej.

W przypadku otrzymania innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej należy wypełnić poniższe zestawienie:

L.p	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna	Dzień udzielenia pomocy	Wartość pomocy w euro	Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy
Łącznie:					

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 K.K. za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy potwierdzam własnoręcznym podpisem wiarygodność i prawdziwość powyżej podanych informacji

.....
(podpis Wnioskodawcy)