

**Dodatkowe informacje do wniosku Wn-W o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**

**1) Pełna nazwa Wnioskodawcy**

.....  
.....

**2) Forma prawna Wnioskodawcy**

.....  
.....

**3) Okres działania Wnioskodawcy**

.....  
.....

**4) Siedziba Wnioskodawcy /kod, miejscowość, ulica, nr posesji/**

.....  
.....

**5) Osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych (imię, nazwisko, stanowisko służbowe)**

-  
.....  
.....  
-  
.....  
.....

**6) Osoby upoważnione do kontaktu w sprawie złożonego wniosku (imię, nazwisko, stanowisko służbowe, telefon)**

-  
.....  
.....  
-  
.....  
.....

**7) Lokalizacja tworzonych miejsc pracy /kod, miejscowość, ulica, nr posesji/**

.....  
.....

**8) Opis dotychczasowej działalności Wnioskodawcy /ze szczególnym uwzględnieniem kondycji finansowej wnioskodawcy/**

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

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

**9) Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON**

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Podstawa prawna zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Numer identyfikacyjny PFRON		
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku		

**10) Informacje o VAT**

Czy Wnioskodawca jest podatnikiem VAT	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT		
Wnioskodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do refundacji kosztów nie może obniżyć podatku należnego o podatek naliczony	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Podstawa prawna		

**11) Informacja o zatrudnieniu pracowników za okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku Wn-W**

L.p.	Miesiąc/rok	Liczba osób		Liczba osób w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy	
		Ogółem	W tym niepełnosprawni	Ogółem	W tym niepełnosprawni
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
Uzasadnienie zmian kadrowych w ciągu ostatnich 12 miesięcy					

### 12) 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

### 13) Proponowana forma zabezpieczenia środków przyznanych na wyposażenie miejsc pracy

#### A) poręczenie cywilne, co najmniej dwóch osób:

- imię i nazwisko poręczyciela .....
- adres zamieszkania.....
- stan cywilny.....
- pokrewieństwo.....
- osiągnięty dochód.....

- imię i nazwisko poręczyciela.....
- adres zamieszkania.....
- stan cywilny.....
- pokrewieństwo.....
- osiągnięty dochód.....

#### B) weksel z poręczeniem wekslowym (awal):

- imię i nazwisko poręczyciela.....
- adres zamieszkania.....
- stan cywilny.....
- pokrewieństwo.....

- osiągnany dochód.....

**C) gwarancja bankowa:**

- pełna nazwa banku.....

- w wysokości.....

**D) zastaw na prawach lub rzeczach:**

- zastaw sądowy ustanowiony na: .....

**E) blokada rachunku bankowego:**

- pełna nazwa banku.....

- wysokość środków na rachunku.....

**F) akt notarialny o poddaniu się egzekucji:**

**Oświadczenie:**

**Oświadczam, że podane dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

.....  
(data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy)