**DODATKOWE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU :**

1. Aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z CEiDG *( o ile dotyczy).*
2. Statut, umowa spółki, REGON, NIP *( o ile dotyczy)*.
3. Oferta cenowa na wyposażenie stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.
4. Opinia z PUP o możliwości skierowania do pracy na wnioskowane stanowisko, zarejestrowanych
w PUP .
5. Zaświadczenia o pomocy *de minimis* otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy oraz dwa poprzedzające go lata podatkowe.
6. Informacje o każdej pomocy innej niż *de minimis*, jaką otrzymał Wnioskodawca w odniesieniu
do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą.

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY :**

1. O wnioskowaną w ramach niniejszego wniosku refundację ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Olkuskiego : □ tak □ nie
2. Przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek
z dalszego rozpatrywania.
3. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie
nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji zadania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnienie warunków uczestnictwa także
w dniu podpisania umowy.
4. W ciągu ostatnich 3 lat byłem/am stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej
z przyczyn leżących po mojej stronie : □ tak □ nie
5. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w Olkuszu
w ciągu 7 dni od ich zaistnienia.
6. Przyjmuję do wiadomości, że złożony wniosek o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych PFRON oraz po ich podziale w drodze uchwały przez Radę Powiatu w Olkuszu na zadania realizowane w kolejnym roku kalendarzowym.
7. Przyjmuję do wiadomości, że zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy wynosi
maksymalnie do 60% piętnastokrotności przeciętnego wynagrodzenia. Wymagany jest jednak minimum 30% udział własny z kwoty brutto wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.
8. Brakujące dokumenty *( jeżeli dotyczy)*: ………………………………………………………….

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

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

 dostarczę w ciągu 14 dni od daty złożenia wniosku.

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

 *( data )*  *podpis Wnioskodawcy*