

Wn-W

Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

Podstawa prawna: Art. 26 e ust.8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.)

Składający¹: A. Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.
 B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.

Adresat: A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu. B. Prezes Zarządu Funduszu.

A. Dane o wniosku

1. Wniosek ¹	2. Numer akt	3. Data wpływu
<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący		-

Część I

B. Dane ewidencyjne składającego

B1. Dane ewidencyjne i adres składającego				
4. Imię (imiona) i nazwisko składającego			5. NIP	6. PKD
7. Województwo		8. Miejscowość		
9. Kod pocztowy	10. Poczta	11. Ulica	12. Nr domu	13. Nr lokalu
14. Telefon ²	15. Faks ²	16. E-mail		
B2. Adres do korespondencji				
17. Kod pocztowy	18. Poczta	19. Ulica	20. Nr domu	21. Nr lokalu
22. Telefon ²	23. Faks ²	24. E-mail		
B3. Dodatkowe informacje				
25. Nazwa banku		26. Numer rachunku bankowego		
27. Krótki opis dotychczasowej działalności				

C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy³

28. Wnioskowana kwota ogółem	29. Forma zabezpieczenia
------------------------------	--------------------------

D. Analiza finansowa składającego (1)⁴

Aktywa trwałe i obrotowe	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy			Ostatni rok obrotowy			Bieżący rok																			
	30.	31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.	41.	42.	43.	44.	45.	46.	47.	48.	49.	50.	51.	52.	53.		
Grunty																										
Budynki																										
Pozostały rzeczowy majątek (trwały)																										
Zapasy																										
Środki na rachunki bankowym																										
Należności od odbiorców																										
Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej)																										
Razem																										

Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy			Ostatni rok obrotowy			Bieżący rok								
	54.	55.	56.	57.	58.	59.	60.	61.	62.	63.	64.	65.	66.	67.	68.
Kapitał własny															
Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty															
Zobowiązania wobec dostawców															
Inne zobowiązania															
Razem															

¹ W odpowiednich polach wstawić znak X. Nie wypełniać poz. 6, 7, 25-27, 30-72 w przypadku wykazania tych danych w innym wniosku Wn-W składanym łącznie z niniejszym wnioskiem
² Należy podać także numer kierunkowy.

³ Dla stanowiska pracy, którego dotyczy refundacja, należy wypełnić Część II wniosku po poniesieniu kosztów podlegających refundacji i wraz z kopią dowodu poniesienia tych kosztów dołączyć do złożonego wniosku.

⁴ Pracodawcy nieprowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu składając wniosek nie wypełnia poz. 30-72.

D. Analiza finansowa składającego (2)

69. Zobowiązania budżetowe	70. Inne zobowiązania	71. Kwota kredytów bankowych	72. Nazwa banku
----------------------------	-----------------------	------------------------------	-----------------

E. Dane dotyczące stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

E1. Charakterystyka stanowiska pracy ⁵			
71. Nazwa stanowiska pracy	72. Lokalizacja stanowiska pracy		
75. Opis operacji i czynności wykonywanych na wyposażonym stanowisku pracy	76. Wymagane kwalifikacje i umiejętności pracownika niepełnosprawnego	77. Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych	78. Rodzaj i stopień niepełnosprawności osób, które mogą wykonywać pracę na wyposażonym stanowisku

E2. Informacje o wyposażeniu stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej							
L.p.	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy do refundacji	Zmianowość ⁶	Liczba osób do obsługi ⁷	Wymiar czasu pracy ⁸	Koszty wyposażenia stanowiska pracy ⁹	Kwota refundacji
1	79.	80.	81.	82.	83.	84.	85.
2	86.	87.	88.	89.	90.	91.	92.
3	93.	94.	95.	96.	97.	98.	99.
4	100.	101.	102.	103.	104.	105.	106.
5	107.	108.	109.	110.	111.	112.	113.
6	114.	115.	116.	117.	118.	119.	120.

Oświadczam, że¹:

posiadam / nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

zalegam / nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,

toczy się / nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,

Do wniosku załączam:

- aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w bloku B,
- odpowiednio: bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata¹⁰ obrotowe — w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach — roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata¹⁰, wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczony przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego,
- aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, zdolności kredytowej, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych.

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

121. Data sporządzenia wniosku i _ _ _ _ - _ _ - _ _	122. Podpis i pieczęć składającego
--	------------------------------------

F. Opinia powiatowego urzędu pracy o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej stanowiska pracy zarejestrowanych osób niepełnosprawnych

123. Data sporządzenia opinii _ _ _ _ - _ _ - _ _	124. Podpis i pieczęć
---	-----------------------

⁵W przypadku różnych stanowisk pracy, dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach.

⁶W przypadku planowego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.

⁷Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.

⁸ Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat.

⁹ Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W.

¹⁰ W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy.

Wn-W

Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

Podstawa prawna: Art. 26 e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.).

Składający: A. Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.
 B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.

Adresat: A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu. B. Prezes Zarządu Funduszu.

Część II

A. Dane ewidencyjne i adres składającego

1. Numer akt

2. Pełna nazwa składającego

3. Kod pocztowy

4. Poczta

5. Ulica

6. Nr domu

7. Nr lokalu

8. Telefon¹

9. Faks¹

10. E-mail

B. Dane o wniosku

11. Okres sprawozdawczy

1. Miesiąc

2. Rok

□ □ □ □

□ □ □ □ □ □

12. Wniosek

1. Zwykły

2. Korygujący

13. Numer kolejny wniosku²

C. Lista osób niepełnosprawnych zatrudnionych na refundowanym stanowisku pracy³

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień niepełnosprawności	Wymiar czasu pracy
1	14.	15.	16.
2	17.	18.	19.
3	20.	21.	22.
4	23.	24.	25.
5	26.	27.	28.
6	29.	30.	31.
Razem			32.

D. Zestawienie poniesionych kosztów podlegających refundacji

L.p.	Wyposażenie	Numer fabryczny	Numer inwentarzowy	Data dowodu poniesienia kosztu	Numer dowodu poniesienia kosztu	Kwota ogółem	Kwota do refundacji ⁴
1	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.
2	40.	41.	42.	43.	44.	45.	46.
3	47.	48.	49.	50.	51.	52.	53.
4	54.	55.	56.	57.	58.	59.	60.
5	61.	62.	63.	64.	65.	66.	67.
6	68.	69.	70.	71.	72.	73.	74.
7	75.	76.	77.	78.	79.	80.	81.
8	82.	83.	84.	85.	86.	87.	88.
9	89.	90.	91.	92.	93.	94.	95.
10	96.	97.	98.	99.	100.	101.	102.
Razem						103.	104.

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

105. Data sporządzenia wniosku

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

106. Podpis i pieczęć składającego

¹ Należy podać także numer kierunkowy.

² Należy wypełnić odrębnie dla każdego stanowiska.

³ Należy wykazać dane dotyczące osób, których dotyczyła refundacja.

⁴ W poz. 104 należy wykazać kwotę udokumentowanych kosztów zakupu lub wytworzenia wyposażenia stanowiska pracy, na którym będzie wykonywać pracę osoba niepełnosprawna, wraz z kwotą niepodlegającego odliczeniu podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego do wysokości łącznej kwoty refundacji.

Załącznik Nr 1

do wzoru WN-W wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej art. 26 e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Pouczenie:

- Przed wypełnieniem wniosku **należy** zapoznać się z „Regulaminem przyznawania z PFRON środków na podjęcie działalności gospodarczej, zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej oraz zwrotu dodatkowych kosztów związanych z zatrudnieniem pracowników niepełnosprawnych”, który dostępny jest na stronie internetowej <https://gdansk.praca.gov.pl>.
- Wniosek należy wypełnić czytelnie. Wnioskodawca udziela odpowiedzi na każdy punkt we wniosku, a jeżeli informacje zawarte w punkcie nie dotyczą Wnioskodawcy, należy wpisać „nie dotyczy”, „nie posiadam”.
- Wniosek może zostać uwzględniony tylko w przypadku, gdy jest kompletny i prawidłowo wypełniony.
- Przyjęcie wniosku do rozpatrzenia nie oznacza przyznania refundacji.
- Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie, zawarcie umowy następuje w drodze oświadczenia woli stron i żadnej nie przysługuje roszczenie o jej zawarcie.

UWAGA!!!

**Koszty poniesione przed zawarciem przedmiotowej umowy
nie zostaną objęte refundacją.**

Pełna nazwa pracodawcy

.....

Dokładny adres siedziby

.....

Kwota wnioskowanej refundacji zł /słownie

Liczba planowanych stanowisk pracy w ramach wnioskowanej refundacji

I INFORMACJE O WNISKODAWCY.

1. Miejsce prowadzenia działalności

.....

2. Telefon/fax

3. REGON

4. Zakład pracy prowadzi działalność w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej

od dniaw zakresie :

.....

.....

5. Forma prawna prowadzenia działalności

.....

* odpowiednio zakreślić

6. Osoby upoważnione do reprezentacji zakładu pracy i składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych:

a)
(imię i nazwisko, seria i numer dowodu osobistego)

b)
(imię i nazwisko, seria i numer dowodu osobistego)

7. Sposób rozliczania się z Urzędem Skarbowym *

Ryczałt Karta Podatkowa CIT PIT na zasadach ogólnych

8. Wielkość przedsiębiorcy *

Mikro Mały Średni

9. Informacja o obecnej i przewidywanej sytuacji finansowej zakładu pracy:

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

10. Zakład pracy zatrudnia aktualnie pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.

*** w przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia podać jego przyczyny**

.....
.....

II Kalkulacja wszystkich kosztów, niezbędnych do wyposażenia poszczególnych stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych oraz źródła ich finansowania / w wartościach netto /

Nazwa stanowiska pracy	Wyszczególnienie rodzaju zakupów	Środki własne	Środki PFRON netto	Inne źródła finansowania*	Razem kwota netto

* odpowiednio zakreślić

RAZEM					

* wyjaśnić jakie:

KWOTA REFUNDACJI OBEJMUJE KOSZTY NETTO PONIESIONE WYŁĄCZNIE PO DNIU ZAWARCIA UMOWY.

III Dane dotyczące zatrudnienia na dodatkowych miejscach pracy.

1. Osoby niepełnosprawne zatrudnione na wyposażonych miejscach pracy będą wykonywali następujące rodzaje pracy:

- | | |
|-----------------------------|---------------|
| a) | |
| (rodzaje wykonywanych prac) | (liczba osób) |
| b) | |
| c) | |

2. Wymagane kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do pracy, jakie powinni spełniać osoby niepełnosprawne.

- | | |
|---------------------------|---------------|
| a) | |
| (wymaganie kwalifikacje) | (liczba osób) |
| b) | |
| c) | |

3. Wysokość wynagrodzenia miesięcznego na jedną osobę niepełnosprawną, zatrudnioną na wyposażonym miejscu pracy.

- | | |
|---------------|------------------------|
| a) |zł |
| (stanowisko) | (wynagrodzenie brutto) |
| b) |zł |
| c) |zł |

* odpowiednio zakreślić

IV WYMAGANE FORMY ZABEZPIECZENIA ZWROTU PRZEZ PODMIOT KWOTY REFUNDACJI WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ.

1. Poręczenia osób trzecich wg prawa cywilnego: wymagany dochód poręczyciela wynosi co najmniej 3.600,00 zł brutto do dnia 30.06.2023 r., 3.800,00 zł brutto od dnia 01.07.2023 r. Ilość osób poręczających zależy od przyznanej kwoty, jedna osoba może stanowić zabezpieczenie na każde 17.500,00 zł wnioskowanych środków.

1).....

/imię i nazwisko poręczyciela, adres zamieszkania/

2).....

3).....

2. Blokada rachunków bankowych, wymagana wartość zabezpieczenia wynosi co najmniej 120% kwoty przyznanych środków.

3. ~~inne~~. Dobrowolne poddanie się egzekucji przez dłużnika na podstawie aktu notarialnego – należy przedłożyć informacje o posiadanym majątku, z którego można dochodzić należności. Wymagana wartość majątku wynosi co najmniej 120% kwoty przyznanych środków.

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

1. Pracodawca **zalega / nie zalega*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem w terminie należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych, podatków i innych danin publicznych.
2. Pracodawca w okresie poprzedzającym złożenie wniosku **uzyskał / nie uzyskał *** pomoc publiczną, która **kumuluje się / nie kumuluje się*** z wnioskowaną pomocą. W przypadku korzystania z pomocy publicznej kumulującej się z pomocą *de minimis* należy dołączyć formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż *de minimis* lub pomoc *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie.
3. **Nie otrzymałem / otrzymałem*** pomocy *de minimis* oraz pomocy *de minimis* w rolnictwie / w rybołówstwie* w wysokości w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat obrotowych.
4. Pracodawca **spełnia / nie spełnia*** warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.).
5. Pracodawca **spełnia / nie spełnia*** warunki rozporządzenia Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014 r.).
6. Pracodawca **spełnia / nie spełnia*** warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013).
7. Pracodawca **był / nie był** karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny lub ustawa z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.

* odpowiednio zakreślić

8. Pracodawca **zobowiązuje 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 Gdańskim Urzędem Pracy otrzymał pomoc publiczną lub pomoc *de minimis*.
9. Pracodawca **znajduje się / nie znajduje się** na liście osób i podmiotów zamieszczonych na stronie internetowej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji objętych sankcjami na podstawie Ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspierania agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (<https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>).

Spełniam warunki określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (T.J. Dz.U. z 2015 r., poz. 93), **a także zapoznałem/am się z obowiązującym w Gdańskim Urzędzie Pracy regulaminem przyznawania z PFRON zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.**

Wyrażam/-y zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Gdański Urząd Pracy dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy w tym refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby skierowanej niepełnosprawnej zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r.

Wiarygodność informacji podanych we wniosku i w załączonych do niego dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem. Świadom odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego jednocześnie oświadczam pod rygorem wypowiedzenia umowy o refundację, że informacje zawarte we wniosku i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
data

.....
podpis Wnioskodawcy

Załączniki do wniosku:

1. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (w przypadku osób fizycznych i wspólników spółki cywilnej) lub kserokopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego - w przypadku pozostałych podmiotów gospodarczych.
2. Kserokopia umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego oraz koncesja lub pozwolenie na prowadzenie działalności - w przypadku, gdy wymaga tego przepis prawa.
3. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy – pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania pracodawcy w dokumencie rejestrowym.
4. Dokument określający tytuł prawny do nieruchomości/ budynku/ lokalu, w którym mają zostać wyposażone stanowiska pracy.
5. Bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczony przez audytora albo dowodem nadania do urzędu skarbowego.
6. **Aktualne zaświadczenie o niezaleganiu w opłaceniu składek wydawane przez ZUS.**
7. **Aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych.**

* odpowiednio zakreślić

8. Pracodawca ubiegający się o pomoc *de minimis* jest zobowiązany do przedstawienia podmiotowi udzielającemu pomocy, wraz z wnioskiem oświadczenia o pomocy *de minimis*, jaką otrzymał w bieżącym roku podatkowym, w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych, oświadczenie o wielkości i przeznaczeniu pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc *de minimis*.
9. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis* - 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 *de minimis* (Dz. U. z 2010 r. nr 53, poz. 311 z późn. zm.) oraz na stronie www.gdansk.praca.gov.pl

Wzory formularzy znajdują się też na str. www.uokik.gov.pl

Złożenie wniosku nie gwarantuje otrzymania refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.

Od negatywnego stanowiska Prezydenta Miasta nie przysługuje odwołanie, zawarcie umowy następuje w drodze oświadczenia woli stron i żadnej nie przysługuje roszczenie o jej zawarcie.

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

w związku z tym, że od 25 maja 2018 r. są stosowane nowe unijne przepisy regulujące ochronę danych osobowych (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE - ogólne rozporządzenie o ochronie danych, tzw. RODO) oraz z uwagi na fakt, że została **Pani/Pan wskazana/y przez naszego kontrahenta jako osoba do kontaktu w ramach złożonego wniosku**, w załączeniu przesyłamy istotne informacje, w tym o przysługujących Pani/Panu prawach, danych kontaktowych Gdańskiego Urzędu Pracy – administratora Pani/Pana danych osobowych, podstawie prawnej przetwarzania danych osobowych, ich odbiorcach oraz okresie przechowywania.

Uprzejmie prosimy o zapoznanie się z treścią informacji. Jednocześnie informujemy, że nie ma potrzeby podejmowania przez Panią/Pana żadnych dodatkowych działań związanych z przesłaniem niniejszej wiadomości.

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), informujemy, że:

- 1) Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Gdański Urząd Pracy z siedzibą przy ul. 3 Maja 9, 80-802 Gdańsk, który jest reprezentowany przez Dyrektora Urzędu.
- 2) W celu skontaktowania się z Inspektorem Ochrony Danych w Gdańskim Urzędzie Pracy należy wysłać wiadomość na adres e-mail: iod@gup.gdansk.pl.
- 3) Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji zadań wynikających z Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20.04.2004 r., w tym refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej.
- 4) Odbiorcami danych są upoważnieni do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa, operatorzy pocztowi, dostawcy usług IT, podmioty przechowujące archiwa zakładowe.
- 5) Dane osobowe będą przetwarzane przez 10 lat licząc w pełnych latach kalendarzowych od pierwszego dnia roku następnego po roku pozyskania danych.
- 6) Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, prawo do ich usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pana/Pani danych osobowych.
- 7) Przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy RODO.
- 8) Podanie danych osobowych jest obowiązkowe i zgodne z Ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20.04.2004 r. i przepisach wykonawczych. W razie nie podania danych osobowych administrator nie będzie mógł spełnić obowiązku ustawowego wobec Pana/Pani.