

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

1. Pełna nazwa lub imię i nazwisko, w przypadku osoby fizycznej prowadzącej działalność
.....
.....
.....
 2. Siedziba i adres wnioskodawcy
.....
.....
.....
 3. Wnioskodawca reprezentowany jest przez:
.....
(podać imię i nazwisko oraz zajmowane stanowisko)
.....
 4. Pozostaję w związku małżeńskim* ☐ tak ☐ nie
Posiadam rozdzielną majątkową* ☐ tak ☐ nie
 5. Seria i nr dowodu osobistego PESEL
wydanego przez w dniu
- / pkt-y 3-5: w przypadku większej liczby wnioskodawców niniejsze dane umieścić w załączniku/

II. DANE DOTYCZĄCE PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI

1. Rodzaj prowadzonej działalności /produkcyjna, usługowa, handlowa, rolnicza, inna/
.....
2. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności
3. Forma prawna prowadzonej działalności /działalność indywidualna, spółka – podać rodzaj, inna/
4. Forma opodatkowania:
– rodzaj opodatkowania:
– wysokość opodatkowania:%
5. Numer identyfikacyjny w krajowym rejestrze urzędowym podmiotów gospodarki narodowej (REGON), jeżeli został nadany
6. Wielkość przedsiębiorcy (w rozumieniu art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców – Dz. U. z. z 2023 r. poz. 221 z późn. zm.) *
a) Mikro przedsiębiorca,
b) Małe przedsiębiorstwo,
c) Średnie przedsiębiorstwo.
7. Stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w dniu złożenia wniosku
.....
8. Czy wnioskodawca posiada możliwość odzyskania zwrotu podatku VAT*

☐ tak ☐ nie
9. Czy wnioskodawca posiada możliwość odzyskania zwrotu podatku akcyzowego*

☐ tak ☐ nie

* właściwe zakreślić

III. DANE DOTYCZĄCE REFUNDACJI

1. Liczba wyposażanych stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych
2. Przewidywany termin utworzenia stanowisk pracy
3. Kalkulacja wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy oraz źródła ich finansowania

Stanowisko pracy (zgodnie z klasyfikacją zawodów) ¹	Proponowane wynagrodzenie (brutto)	Koszt utworzenia stanowiska pracy (brutto)	Źródła finansowania			
			Środki PFRON (wnioskowa- na kwota refundacji)	Środki własne	Kredyt bankowy	Inne
Ogółem						

4. Wnioskodawca w okresie ostatnich 3 lat **korzystał / nie korzystał** * ze środków PFRON /prace interwencyjne, staże, refundacje kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, przygotowanie zawodowe dorosłych, środki na podjęcie działalności gospodarczej, inne/

Nr umowy	Czas trwania umowy (od-do)	Ilość osób (stanowisk)	Ilość osób zatrudnionych po wsparciu/ wymiar czasu pracy/ okres zatrudnienia

.....,
(miejscowość) (data)

.....
(podpis/y wnioskodawcy lub osób(y) uprawnionej/ych
do reprezentowania wnioskodawcy)

¹ klasyfikacja zawodów dostępna na stronie internetowej:
<http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci>