



OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Ja, niżej podpisany.....PESEL/REGON*.....
(pełna nazwa Wnioskodawcy)

oświadczam, że:

1. Zostałem(-am) poinformowany(-a) o aktach prawnych regulujących zasady dokonywania refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej.
2. Spełniam warunki, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.
3. Spełniam warunki, o których mowa w Rozporządzeniu 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.
4. Nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
5. Nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
6. Nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
7. Jestem Pracodawcą prowadzącym działalność przez okres co najmniej 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku.
8. 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 2024 r. poz. 1706).
9. Zapoznałem(-am) się z informacją dot. przetwarzania danych i znam przysługujące mi prawa.

Wiarygodność powyższego oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem – pod rygorem odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 383) za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

....., dnia.....
miejscowość

.....
podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wnioskodawcy

**niepotrzebne skreślić*