

**1. Pełna nazwa Wnioskodawcy**

.....

**2. Siedziba Wnioskodawcy**

.....

**3. Miejsce tworzenia stanowiska pracy**

.....

**4. Imię i Nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu w sprawie złożonego wniosku**.....nr telefonu.....

**5. Dodatkowe informacje o Wnioskodawcy**

Numer REGON (kserokopia, oryginał do wglądu )	
Aktualna wartość księgowa rzeczowego majątku trwałego	
Wnioskodawca jest płatnikiem VAT a usługi podlegają opodatkowaniu podatkiem VAT	
Wnioskodawca jest płatnikiem VAT, lecz nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa	

**6. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON**

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do obowiązkowych wpłat na rzecz PFRON	<b>1. tak*</b>	<b>2. nie</b>
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Numer identyfikacyjny PFRON		

\* z jakiego tytułu

.....

**7. Informacja o zaciągniętych kredytach bankowych**

Czy wnioskodawca korzysta z kredytów bankowych				<b>1. tak *</b>	<b>2. nie</b>
Nazwa banku	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota spłacona	Forma zabezpieczenia
Razem					

--	--	--	--	--	--

\* dołączyć opinie bankowe

**8. Sprawozdanie z zatrudnienia za okres 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy**

Lp.	Miesiąc	Liczba osób		Liczba osób w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy	
		ogółem	w tym niepełnosprawnych	ogółem	w tym niepełnosprawnych
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
	Średnia z 12 m-cy				

Uzasadnienie zmian kadrowych w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy

**9. Forma zabezpieczenia**

**1. poręczenie cywilne:**

a. Imię i nazwisko ....., stan cywilny ....., pokrewieństwo ....., miejsce zatrudnienia i miesięczne wynagrodzenie.....

b. Imię i nazwisko ..... stan cywilny ....., pokrewieństwo ....., miejsce zatrudnienia i miesięczne wynagrodzenie.....

c. Imię i nazwisko ....., stan cywilny ....., pokrewieństwo ....., miejsce zatrudnienia i miesięczne wynagrodzenie.....

**2. weksel z poręczeniem wekslowym (awal) do wysokości przyznanych środków, wskazać poręczyciela wekslowego w pkt 1c,**

**3. akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika.**

O wiadczam, e powy sze dane s zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem wiadomy(-ma) odpowiedzialno ci karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

í í

czytelny podpis wnioskodawcy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Starostę Kieleckiego z siedzibą przy ul. Wrzosowej 44, 25-211 Kielce, danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku w celu:

- późniejszych kontaktów w przedmiotowej sprawie  TAK  NIE

Podpis: \_\_\_\_\_

Zgodnie z art. 13 RODO - Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1), informuje się, że:

1. administratorem danych osobowych zamieszczonych we wniosku jest Starosta Kielecki z siedzibą przy ul. Wrzosowej 44, 25-211 Kielce, kontakt email: poziron@powiat.kielce.pl
2. administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych, z którym można się kontaktować w sprawie swoich danych osobowych, kontakt email: iodo@powiat.kielce.pl
3. dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2020r., poz. 426 z późn. zm.), ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks Postępowania Administracyjnego oraz §3, pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (t.j. Dz. U. z 2015r., poz. 93) – oraz na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO
4. dane osobowe przechowywane będą przez czas prowadzenia działalności oraz na czas wymagany przepisami ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych - 3 lat - oraz przepisami ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach - 10 lat.
5. każda osoba posiada prawo do dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania - w ramach dopuszczonych przepisami prawa oraz prawo do przeniesienia danych.
6. każda osoba posiada prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych, ale cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.
7. w związku z przetwarzaniem każdy ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych
8. administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych zawartych w formularzu do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych
9. dane osobowe zawarte w formularzu zostaną ujawnione jedynie organom upoważnionym do tego przepisami prawa
10. w oparciu o dane osobowe zawarte w formularzu administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania
11. podanie danych osobowych jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa (za wyjątkiem danych, na które wyrażono zgodę)

Potwierdzam zapoznanie się z powyższym tekstem i zrozumienie przysługujących mi praw.

Podpis: \_\_\_\_\_