

Załącznik Nr 9 do Zarządzenie Nr 12/2023 Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Tomaszowie Lubelskim  
z dnia 17 kwietnia 2023 r. w sprawie wprowadzenia do stosowania druków dotyczących organizacji form  
wsparcia finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Starosta Tomaszowski  
w Tomaszowie Lubelskim

Tomaszów Lubelski, dnia .....

CAZ.I.....

**UMOWA NR ...../.....**

**w sprawie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej  
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

zawarta w dniu ..... r. w **Tomaszowie Lubelskim** pomiędzy:

- Powiatem Tomaszowskim z siedzibą władz w Tomaszowie Lubelskim, ul. Lwowska 68,  
22-600 Tomaszów Lubelski, NIP: 921-198-38-72, REGON: 950369149, reprezentowanym  
przez Starostę Tomaszowskiego - **Powiatowym Urzędem Pracy w Tomaszowie Lubelskim,  
ul. Lwowska 35, 22-600 Tomaszów Lubelski, NIP: 921-137-05-14, REGON: 950031717,**  
reprezentowanym przez ..... - **Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy  
w Tomaszowie Lubelskim**, zwanym dalej „**Starostą**”, a

- ..... **Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością** z siedzibą w  
(pełny adres z podaniem ulicy i kodu pocztowego) ....., posiadającą **NIP:**  
..... oraz **REGON:** ....., wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego  
Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy Lublin-Wschód w Lublinie z siedzibą  
w Świdniku, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem  
....., o kapitale zakładowym w kwocie ....., wpłaconym w całości,  
reprezentowaną przez: **Pana** ..... – **Prezesa Zarządu** oraz **Pana** ..... –  
**Wiceprezesa Zarządu**, zwaną dalej „**Pracodawcą**”.

**§ 1.** Na podstawie art. 26e ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej  
i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzenia Ministra Pracy i  
Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia  
stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, strony postanawiają:

1. Pracodawca w terminie **do dnia** ..... zorganizuje i wyposaży  
**w** ....., **jedno** stanowisko pracy dla **jednej** skierowanej przez Powiatowy  
Urząd Pracy w Tomaszowie Lubelskim osoby niepełnosprawnej.
2. Pracodawca, w terminie do 7 dni od dnia poniesienia ostatniego z kosztów  
podlegających refundacji, zatrudni na stanowisku ..... osobę  
niepełnosprawną skierowaną przez Powiatowy Urząd Pracy w Tomaszowie Lubelskim

**w pełnym wymiarze czasu pracy.**

3. Na wniosek Pracodawcy Starosta po uzyskaniu pozytywnej opinii Państwowej Inspekcji Pracy, odpowiednio o przystosowaniu stanowiska pracy do potrzeb wynikających z niepełnosprawności osoby zatrudnionej na wyposażonym stanowisku pracy lub o spełnieniu warunków bezpieczeństwa i higieny pracy na tym stanowisku zwróci koszty poniesione przez Pracodawcę na zorganizowanie i wyposażenie stanowiska pracy o którym mowa w ust. 1 i 2 do kwoty **50 000,00 zł** (słownie: *pięćdziesiąt tysięcy złotych*).
4. Kwota refundacji określona w § 1 ust. 3 obejmuje koszty poniesione od dnia podpisania niniejszej umowy do dnia zatrudnienia skierowanej osoby niepełnosprawnej. Rozliczenie poniesionych i udokumentowanych wydatków dokonywane jest w kwotach netto.
5. Na utworzone w ramach refundacji kosztów wyposażenia stanowisko pracy będą kierowane osoby niepełnosprawne posiadające określone we wniosku kwalifikacje. W trakcie trwania umowy pracodawca nie może dokonywać zmian w zakresie kwalifikacji i uprawnień wymaganych od kierowanej na zwolnione stanowisko pracy osoby niepełnosprawnej.
6. Pracodawca nie może zaliczać do kosztów uzyskania przychodów w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej odpisów z tytułu zużycia środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych, które zostały sfinansowane w ramach niniejszej umowy.
7. Refundacja obejmuje:
  - 1) Udokumentowane koszty zakupu lub wytworzenia wyposażenia stanowiska pracy, na którym będzie wykonywać pracę osoba niepełnosprawna,
  - 2) Kwotę niepodlegającego odliczeniu:
    - a) podatku od towarów i usług,
    - b) podatku akcyzowego.

**§ 2. 1.** Środki określone w § 1 stanowią pomoc de minimis w ramach wyłączeń grupowych, której zgodnie z Rozporządzeniem Rady (WE) nr 994/98 z dnia 7 maja 1998 r. nie dotyczy obowiązek notyfikacji.

2. Pracodawca oświadcza, że spełnia warunki dopuszczalności udzielenia pomocy de minimis określone w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 roku w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z dnia 24.12.2013 roku str. 1 ze zm.).
3. Pracodawca oświadcza, że spełnia wymogi określone w art. 107 i 108 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE).

### **§ 3. Pracodawca zobowiązuje się do:**

1. Utworzenia stanowiska pracy zgodnie z obowiązującymi normami oraz przepisami, które dotyczą w szczególności: powierzchni, oświetlenia, temperatury pomieszczenia, wilgotności powietrza, dopuszczalnych norm stężeń czynników szkodliwych dla zdrowia, hałasu.
2. **Poniesienia w terminie określonym w § 1 ust. 1 wskazanych w umowie kosztów wyposażenia stanowiska pracy określonych szczegółowo w załączniku Nr 1 do niniejszej umowy.**
3. **Udokumentowania zakupu wyposażenia utworzonego w ramach niniejszej umowy stanowiska pracy za pomocą faktur, rachunków wraz z dowodami zapłaty w terminie do 7 dni od dnia poniesienia ostatniego z tych kosztów. Dokumenty obcojęzyczne muszą być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Koszty tłumaczenia ponosi Pracodawca.**
4. W ramach przyznanej refundacji wyklucza się dokonywanie zakupu rzeczy używanych od osoby fizycznej w tym prowadzącej działalność gospodarczą, a także spółki osobowej i cywilnej, której właścicielem, komandytariuszem, komplementariuszem lub współnikiem jest członek rodziny (tj. małżonek, zstępny, wstępny, pasierb, zięć, synowa, rodzeństwo, ojczym, macocha lub teściowie).
5. W przypadku wytworzenia wyposażenia tworzonego stanowiska pracy objętego refundacją lub zakupu rzeczy używanych Pracodawca dostarcza ocenę techniczną rzeczoznawcy oraz dokonaną przez niego wyceną. Koszt oceny i wyceny rzeczoznawcy ponosi Pracodawca.
6. **Złożenia oferty pracy i zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy, skierowanej przez Powiatowy Urząd Pracy w Tomaszowie Lubelskim osoby niepełnosprawnej, w terminie do 7 dni od dnia poniesienia ostatniego z kosztów podlegających refundacji.**
7. **Zawarcia w terminie i na warunkach określonych w § 1 ust. 2 umowy o pracę z osobą niepełnosprawną skierowaną na utworzone stanowisko pracy przez Powiatowy Urząd Pracy w Tomaszowie Lubelskim.**
8. Zapewnienia na utworzonym w ramach niniejszej umowy stanowisku pracy właściwych warunków sanitarnych oraz bezpieczeństwa i higieny pracy.
9. Przeszkolenia zatrudnionej osoby niepełnosprawnej, na zasadach przewidzianych dla pracowników, w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych oraz zapoznania z obowiązującym w zakładzie pracy regulaminem pracy.
10. Zapewnienia zatrudnionej osobie niepełnosprawnej profilaktycznej ochrony zdrowia w zakresie przewidzianym dla pracowników.
11. Przydzielenia zatrudnionej osobie niepełnosprawnej, na zasadach przewidzianych dla pracowników, odzieży i obuwia roboczego, środków ochrony indywidualnej oraz niezbędnych środków higieny osobistej.

12. Zapewnienia zatrudnionej osobie niepełnosprawnej, na zasadach przewidzianych dla pracowników, bezpłatnych posiłków profilaktycznych, regeneracyjnych lub wzmacniających.
13. Dostarczenia Staroście **w terminie do 7 dni** od dnia poniesienia ostatniego z kosztów podlegających refundacji:
- a) potwierdzonej za zgodność z oryginałem kopii umowy o pracę zawartej z osobą niepełnosprawną zatrudnioną na refundowanym stanowisku pracy,
  - b) potwierdzonej za zgodność z oryginałem kopii deklaracji ZUS P ZUA potwierdzającej zgłoszenie osoby niepełnosprawnej do ubezpieczenia społecznego,
  - c) potwierdzonej za zgodność z oryginałem kopii orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność osoby zatrudnionej,
  - d) charakterystykę nowego lub przystosowanego stanowiska pracy, na druku stanowiącym załącznik nr 1 do rozliczenia wydatków poniesionych na wyposażenie stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej.
  - e) zestawienia poniesionych kosztów podlegających refundacji wraz z kopiami dowodów ich poniesienia, na druku stanowiącym **załącznik nr 2** do niniejszej umowy. Dokumenty potwierdzające zakup sprzętu (faktury, rachunki) powinny zawierać parametry techniczne lub znaki fabryczne umożliwiające jego identyfikację.
  - f) dokumentacji fotograficznej sprzętu zakupionego, zgodnie ze szczegółową specyfikacją wydatków, stanowiącą **załącznik nr 1** do niniejszej umowy, zawierającą oznaczenie wydatku oraz numer pozycji z dokumentu potwierdzającego zakup. Dokumentacja fotograficzna wydatków powinna być czytelna i odzwierciedlać nazwę i/lub parametry techniczne, zgodne z danymi wykazanymi na dokumentach potwierdzających ich zakup.
14. Utrzymania utworzonego stanowiska pracy, o którym mowa w § 1 ust. 1 i 2 umowy przez okres, co najmniej 36 miesięcy <sup>1</sup>.
15. **Zatrudniania, przez okres nie krótszy niż 36 miesięcy, na utworzonym stanowisku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy osoby niepełnosprawnej skierowanej przez Powiatowy Urząd Pracy w Tomaszowie Lubelskim. Do okresu zatrudnienia na utworzonym stanowisku pracy zalicza się przerwy w zatrudnieniu z powodu udokumentowanej niezdolności do pracy w wymiarze do 182 dni <sup>2</sup>. Do tego okresu nie wlicza się przerw w zatrudnianiu osoby niepełnosprawnej. Udzielone urlopy macierzyńskie, rodzicielskie, wychowawcze oraz świadczenie rehabilitacyjne przedłużają czas trwania umowy, jeżeli Pracodawca nie zatrudni na tym stanowisku, na czas zastępstwa, innej osoby niepełnosprawnej skierowanej przez Powiatowy**

---

<sup>1</sup> Zgodnie z art. 112 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny - termin oznaczony w miesiącach kończy się z upływem dnia, który nazwą lub datą odpowiada początkowemu dniowi terminu, a gdyby takiego dnia w ostatnim miesiącu nie było – w ostatnim dniu tego miesiąca.

<sup>2</sup> Nie dotyczy kobiet niezdolnych do pracy z powodu choroby przypadającej w okresie ciąży.

**Urząd Pracy w Tomaszowie Lubelskim. W trakcie trwania niniejszej umowy Pracodawca nie może udzielać urlopów bezpłatnych pracownikowi zatrudnionemu na utworzonym w ramach umowy stanowisku pracy.**

16. W przypadku, gdy okres zatrudnienia osoby niepełnosprawnej na utworzonym w ramach niniejszej umowy stanowisku pracy będzie krótszy niż 36 miesięcy, Pracodawca zobowiązany jest zwrócić Staroście, środki na wyposażenie stanowiska pracy w wysokości równej  $\frac{1}{36}$  ogólnej kwoty za każdy miesiąc brakujący do upływu 36 miesięcy, jednak w wysokości nie niższej niż  $\frac{1}{6}$  kwoty zrefundowanej.
17. Terminowego wypłacania wynagrodzenia zatrudnionej na utworzonym stanowisku pracy osobie niepełnosprawnej oraz odprowadzania składek na ubezpieczenie społeczne od kwoty wynikającej z zawartej umowy nie niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę obowiązujące w danym roku.
18. **Opłacania należnych składek na ubezpieczenia społeczne przez okres wynikający z § 3 ust. 1 pkt 14. W trakcie realizacji umowy, na podstawie art. 50 ust. 14 - 16 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, Urząd dokona, w okresach kwartalnych, elektronicznej weryfikacji wywiązywania się przez Pracodawcę z warunku zatrudnienia. W przypadku zaistnienia wątpliwości w zakresie podlegania ubezpieczeniom społecznym i zdrowotnym przez zatrudnioną osobę niepełnosprawną, Pracodawca zostanie zobowiązany do dostarczenia dokumentów potwierdzających fakt podlegania ubezpieczeniom społecznym przez zatrudnioną osobę niepełnosprawną tj. uwierzytelnionych miesięcznych informacji dla osoby ubezpieczonej.**
19. Informowania w formie pisemnej Starosty o każdym przypadku wygaśnięcia lub rozwiązania umowy o pracę z osobą niepełnosprawną zatrudnioną w ramach niniejszej umowy w terminie do 7 dni od zaistnienia tego faktu, podając datę i przyczynę rozwiązania umowy oraz dostarczenia potwierdzonej za zgodność z oryginałem kserokopii świadectwa pracy.
20. **Przyjęcia innej osoby niepełnosprawnej skierowanej przez Powiatowy Urząd Pracy w Tomaszowie Lubelskim na zwolnione stanowisko pracy na warunkach określonych w przedmiotowej umowie w maksymalnym terminie do trzech miesięcy od daty powstania wakatów oraz dostarczenia Staroście potwierdzonej za zgodność z oryginałem kopii umowy o pracę oraz uwierzytelnionej kopii deklaracji ZUS ZUA w terminie do 7 dni od dnia jej zawarcia. W przypadku braku w ewidencji osób niepełnosprawnych o wymaganym wykształceniu i kwalifikacjach, Pracodawca zobowiązuje się do zatrudnienia innej skierowanej przez Powiatowy Urząd Pracy w Tomaszowie Lubelskim osoby niepełnosprawnej i przeszkolenia jej we własnym zakresie.**
21. Informowania Starosty o wszelkich zmianach dotyczących realizacji umowy w terminie do 7 dni od dnia wystąpienia tych zmian.
22. Umożliwiania weryfikowania prawidłowości realizacji warunków umowy przez Pracodawcę, w czasie jej obowiązywania, udzielania rzetelnych informacji i wyjaśnień

oraz udostępniania wszelkich dokumentów związanych z jej realizacją.

23. Nie przesuwania, w trakcie trwania umowy, osoby niepełnosprawnej zatrudnionej na utworzonym stanowisku pracy na inne stanowisko pracy.
24. Niezbywania, bez zgody Starosty, wyposażenia utworzonego w ramach niniejszej umowy stanowiska pracy oraz nie obciążania go ograniczonymi prawami rzeczowymi i nieoddawania go osobom trzecim do użytkowania do czasu wygaśnięcia umowy.
25. Wyposażenia stanowiska pracy w urządzenia utracone w wyniku kradzieży lub innych zdarzeń losowych, klęsk żywiołowych i ekologicznych w terminie do trzech miesięcy od daty ich wystąpienia bez zaangażowania dodatkowych środków PFRON.
26. Zabezpieczenia przez Pracodawcę najpóźniej w dniu zawarcia umowy ewentualnego zwrotu dokonanej refundacji na wypadek nie wywiązania się z warunków umowy.
27. Prowadzenia dokumentacji rozliczeniowej i przechowywania wszystkich oryginalnych dokumentów o otrzymanej pomocy przez okres 10 lat od dnia przyznania pomocy.
28. Poinformowania Starosty o otrzymaniu, w trakcie trwania niniejszej umowy, decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uznanej za niezgodną z prawem lub ze wspólnym rynkiem.
29. Składania kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność zatrudnionej osoby, niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni, od dnia upływu okresu, na jaki było wydane poprzednie orzeczenie.
30. Poinformowania Starosty o otrzymaniu refundacji w wysokości wyższej od należnej, w terminie 7 dni od dnia ujawnienia tego faktu.

**§ 4. Po spełnieniu przez Pracodawcę warunków, o których mowa w § 1 ust. 1 i 2 oraz w § 3 ust. 2, 3, 6, 7 i 13 na wniosek pracodawcy Starosta zobowiązuje się:**

1. Wystąpić, w terminie do 7 dni od dnia wpływu dokumentów wskazanych w § 3 ust. 13 umowy do Państwowej Inspekcji Pracy z wnioskiem o wydanie opinii, odpowiednio, o przystosowaniu stanowiska pracy do potrzeb wynikających z niepełnosprawności osoby zatrudnionej na wyposażonym stanowisku pracy lub o spełnieniu warunków bezpieczeństwa i higieny pracy na tym stanowisku.
2. W terminie do 14 dni od dnia przedstawienia przez Pracodawcę pozytywnej opinii Państwowej Inspekcji Pracy, o której mowa w ust. 1, dokonać zwrotu udokumentowanych kosztów, poniesionych przez Pracodawcę w okresie od dnia zawarcia niniejszej umowy do dnia zatrudnienia skierowanej przez Powiatowy Urząd Pracy w Tomaszowie Lubelskim osoby niepełnosprawnej, do kwoty określonej w § 1 ust. 3 umowy. W/w refundacja zostanie przekazana na rachunek bankowy:
  - numer .....
  - prowadzony w .....
3. Co najmniej jednokrotnego zweryfikowania prawidłowości realizacji warunków umowy przez pracodawcę, w czasie obowiązywania umowy.

**§ 5. 1. Zabezpieczeniem dokonanej refundacji jest blokada środków na rachunku bankowym:**

- stanowiącym własność: .....
- numer .....

2. Pracodawca zobowiązany jest przedstawić wymagane zabezpieczenie zwrotu przyznanej refundacji najpóźniej w dniu podpisania umowy. Dokument potwierdzający zabezpieczenie dokonanej refundacji stanowi załącznik nr 2 do umowy.

3. Koszty zabezpieczenia zwrotu przyznanej refundacji ponosi Pracodawca.

**§ 6. Starosta zastrzega sobie prawo wypowiedzenia umowy w przypadku:**

1. Nie utworzenia przez Pracodawcę stanowiska pracy określonego w § 1 ust. 1 i 2 oraz nie zatrudnienia osoby niepełnosprawnej skierowanej przez Powiatowy Urząd Pracy w Tomaszowie Lubelskim w maksymalnym terminie do 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy na warunkach określonych w przedmiotowej umowie.
2. Niezatrudniania osoby niepełnosprawnej skierowanej przez Powiatowy Urząd Pracy w Tomaszowie Lubelskim na warunkach, w terminach i w czasie określonym w przedmiotowej umowie.
3. Zbycia lub obciążenia prawami osób trzecich maszyn i urządzeń bez zgody Starosty.
4. Zatrudnienia na utworzonym stanowisku pracy osób innych, niż wynika to z zawartej umowy.
5. Likwidacji utworzonego w ramach niniejszej umowy stanowiska pracy.
6. Nie uzupełnienia wyposażenia stanowiska pracy utworzonego w ramach niniejszej umowy w maszyny lub urządzenia utracone w wyniku kradzieży lub innych zdarzeń losowych, klęsk żywiołowych i ekologicznych – w terminie 3 miesięcy od daty ujawnienia tego faktu.
7. Zawieszenia prowadzonej działalności lub zaprzestania jej faktycznego prowadzenia.
8. Uniemożliwiania przeprowadzenia wizyty monitorującej u Pracodawcy.
9. Złożenia niezgodnych z prawdą oświadczeń dołączonych do wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.
10. Niespełnienia pozostałych warunków wynikających z § 3 niniejszej umowy

**§ 7. 1. Pracodawca zobowiązany jest do zwrotu otrzymanej refundacji wraz z odsetkami od refundacji naliczonymi od dnia jej otrzymania w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, w terminie trzech miesięcy od dnia otrzymania wezwania Starosty do zapłaty lub ujawnienia naruszenia, co najmniej jednego z warunków umowy z zastrzeżeniem ust. 3.**

2. Odsetek, o których mowa w ust. 1 nie nalicza się w przypadku, gdy refundacja została wypłacona pracodawcy w wysokości wyższej od należnej z przyczyn niezależnych od pracodawcy.

2. W przypadku nie dotrzymania warunków umowy określonych w § 3 ust. 16, 18 i 20 Pracodawca zobowiązany jest do zwrotu otrzymanej refundacji w wysokości 1/36 otrzymanej refundacji za każdy brakujący miesiąc do upływu okresu, o którym mowa w § 3 ust. 16 nie mniej jednak niż 1/6 tej kwoty wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych liczonymi od dnia otrzymania refundacji do dnia całkowitej spłaty należności głównej, w terminie trzech miesięcy od dnia rozwiązania stosunku pracy z osobą niepełnosprawną.
3. Jeżeli refundacja została wypłacona Pracodawcy w wysokości wyższej od należnej, Pracodawca informuje Starostę o wysokości nienależnie pobranej kwoty refundacji oraz dokonuje zwrotu tej kwoty w terminie 3 miesięcy od dnia jej ujawnienia.
4. Jeżeli refundacja została wypłacona Pracodawcy w wysokości niższej od należnej, Pracodawca może poinformować Starostę o wysokości kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kwotą należną a kwotą wypłaconą Pracodawcy oraz złożyć wniosek o wypłatę tej kwoty w terminie do dnia 15 lutego roku następującego po roku, w którym przypadał okres zatrudnienia na stanowisku pracy, którego wniosek dotyczy.

#### **§ 8. Umowa wygasa:**

1. W przypadku nieprzedstawienia zestawienia poniesionych kosztów podlegających refundacji oraz kopii dowodu ich poniesienia w terminie 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
2. Po udokumentowaniu przez Pracodawcę 36 miesięcy zatrudnienia osoby niepełnosprawnej na utworzonym w ramach niniejszej umowy stanowisku pracy.

#### **§ 9. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie:**

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r. poz. 100 z późniejszymi zmianami).
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2012 r., poz. 1276).
3. Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks Cywilny (tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 1360 z późniejszymi zmianami).
4. Ustawy z dnia Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 1510 z późniejszymi zmianami).
5. Ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 1009 z późniejszymi zmianami).
6. Ustawy z dnia 11 marca 2004 roku o podatku od towarów i usług (tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 931 z późniejszymi zmianami).
7. Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 roku w sprawie



stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z dnia 24.12.2013 r. str. 1, ze zm.).

8. Ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2021 r. poz. 743 z późniejszymi zmianami).

**§ 10.** 1. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

2. Zmiany warunków niniejszej umowy następują za zgodą Stron w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 11.** Wszelkie spory powstałe w czasie trwania niniejszej umowy podlegają rozpatrzeniu przez Sąd właściwy dla siedziby Starosty.

**§ 12.** Umowa wchodzi w życie z dniem jej podpisania.

**§ 13.** Pracodawca zobowiązuje się do niezwłocznego informowania o zmianie adresu, pod rygorem pozostawienia pism w aktach sprawy ze skutkiem doręczenia. Wszelka korespondencja związana z realizacją niniejszej Umowy będzie prowadzona w formie pisemnej z powołaniem na numer i datę Umowy. Korespondencja będzie kierowana na niżej wskazane adresy:

Do Pracodawcy:

.....  
.....  
.....  
.....  
e-mail: .....

.....  
(podpis Pracodawcy)

Do Starosty:

**Powiatowy Urząd Pracy  
w Tomaszowie Lubelskim  
ul. Lwowska 35  
22-600 Tomaszów Lubelski**

.....  
(podpis Starosty)

Oświadczam, że znane mi są treści aktów prawnych regulujących niniejszą umowę, zapoznałem się z nią i co do warunków i postanowień w niej zawartych nie wnoszę żadnych uwag.

.....  
(podpis Pracodawcy)



**Załącznik Nr 1** do Umowy Nr .... / ..... z dnia .....

**WYSZCZEGÓLNIENIE WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

Na wyposażenie utworzonego stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej zostanie zakupione n/w urządzenie:

**I. Stanowisko – ..... – 1 osoba.**

1. ....
2. ....
3. ....

.....

(podpis Pracodawcy)

.....

(podpis Starosty)



**Załącznik Nr 2** do Umowy Nr ...../ ..... z dnia .....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć)

**ROZLICZENIE WYDATKÓW PONIESIONYCH  
NA WYPOSAŻENIE STANOWISKA PRACY DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

| Lp. | Rodzaj poniesionego wydatku | Faktura VAT/<br>Rachunek<br>numer z dnia | Poniesiony wydatek ogółem |     |        | Kwota otrzymanych środków |     |        |
|-----|-----------------------------|------------------------------------------|---------------------------|-----|--------|---------------------------|-----|--------|
|     |                             |                                          | Netto                     | VAT | Brutto | Netto                     | VAT | Brutto |
| 1.  |                             |                                          |                           |     |        |                           |     |        |
| 2.  |                             |                                          |                           |     |        |                           |     |        |
| 3.  |                             |                                          |                           |     |        |                           |     |        |
| 4.  |                             |                                          |                           |     |        |                           |     |        |
| 5.  |                             |                                          |                           |     |        |                           |     |        |
| 6.  |                             |                                          |                           |     |        |                           |     |        |
| 7.  |                             |                                          |                           |     |        |                           |     |        |
| 8.  |                             |                                          |                           |     |        |                           |     |        |
|     |                             | <b>RAZEM</b>                             |                           |     |        |                           |     |        |

.....  
(podpis Pracodawcy)

**Do rozliczenia należy dołączyć:**

- 1) Kserokopię dokumentów potwierdzających poniesione wydatki oraz dowody wpłat tj.: potwierdzenie przelewu lub potwierdzenie wpłaty gotówkowej (KP). Oryginały dokumentów potwierdzających poniesione wydatki należy przedłożyć do wglądu i opisu. W przypadku zakupów realizowanych przez Internet za pobraniem do rozliczenia należy przedstawić fakturę wraz z listem przewozowym potwierdzającym otrzymanie gotówki przez kuriera.
- 2) Dokumentację fotograficzną sprzętu zakupionego, zgodnie ze szczegółową specyfikacją wydatków, stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszej umowy, zawierającą oznaczenie wydatku oraz numer pozycji z dokumentu potwierdzającego zakup. Dokumentacja fotograficzna wydatków powinna być czytelna i odzwierciedlać nazwę i/lub parametry techniczne, zgodne z danymi wykazanymi na dokumentach potwierdzających ich zakup.
- 3) Charakterystykę nowego lub przystosowanego stanowiska pracy, na druku stanowiącym załącznik nr 1 do rozliczenia wydatków poniesionych na wyposażenie stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej.

Załącznik nr 1 do rozliczenia wydatków poniesionych na wyposażenie stanowiska pracy  
dla osoby niepełnosprawnej

.....  
(pieczęć)

.....  
(miejscowość, data)

**CHARAKTERYSTYKA NOWEGO  
LUB PRZYSTOSOWANEGO STANOWISKA PRACY**

1. Nazwa nowego stanowiska pracy: .....  
.....
2. Liczba osób przewidzianych do zatrudnienia na tym stanowisku pracy: .....
3. Oczekiwane kwalifikacje:
  - a) zawód: .....
  - b) wykształcenie: .....
  - c) staż pracy w zawodzie: .....
  - d) kursy i uprawnienia: .....
4. Opis operacji i czynności na nowo tworzonemu stanowisku pracy: .....  
.....  
.....  
.....  
.....
5. Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych: .....  
.....
6. Określenie pozycji przy pracy (siedząca, stojąca, siedząco-chodząca, stojąco-chodząca, stojąco-siedząca): .....
7. Ocena wymaganego stopnia samodzielności przy wykonywaniu czynności na w/w stanowisku: .....
8. Odpowiedzialność materialna (pełna, niepełna, nie występuje): .....
9. Inne oczekiwania pracodawcy: .....

- .....
- .....
10. Możliwość zatrudnienia osób niepełnosprawnych o najcięższych rodzajach schorzenia (np. niewidomi, niedowidzący, chorzy psychicznie, epileptycy, osoby po amputacji narządów ruchu): .....
11. Czy na wskazanym stanowisku pracy występuje hałas, drgania, gazy i opary substancji chemicznych, pył, czynniki uczulające, itp.:
- ☐ NIE
- ☐ TAK (proszę wskazać, jakie?) .....
- .....
12. Możliwość dojazdu do pracy: .....
13. Możliwość dowozu pracowników: .....

.....  
(pieczęć i podpis Pracodawcy)

**Uwaga:**

**W przypadku różnorodnych stanowisk pracy, dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnym załączniku.**