

.....
(pieczęć firmowa Pracodawcy)

**OŚWIADCZENIE DO WNIOSKU O ZWROT DODATKOWYCH KOSZTÓW
ZWIĄZANYCH Z ZATRUDNIANIEM PRACOWNIKÓW NIEPEŁNOSPRAWNYCH
Wn-KZ**

na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie zwrotu dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1334 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Komisji (UE) 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE. L 187 z 26.6.2014, s. 1)

Oświadczam, że:

1. **otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)*** w bieżącym roku pomocy na rekompensatę dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników z niepełnosprawnością przekraczających kwotę 10 000 000 euro,
2. **otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)*** pomocy w odniesieniu do tego samego przedsięwzięcia, na którego realizację ubiegam się o pomoc,
3. zapoznaniu się z klauzulą obowiązku informacyjnego dla Pracodawcy ubiegającego się o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych (Wn-KZ),
4. zapoznaniu pracowników wskazanych we wniosku o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnieniem pracowników niepełnosprawnych (Wn-KZ) z klauzulą stanowiącą załącznik do wniosku.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
data, podpis i pieczęć **imienna** osoby upoważnionej
do reprezentowania Pracodawcy