

.....  
(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 2026 r. poz. 8) 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 z późn. zm.)

### **Oświadczam, że:**

1. **otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)\*** w bieżącym roku pomocy na rekompensatę dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników z niepełnosprawnością przekraczających kwotę 11 000 000 euro,
2. **otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)\*** pomocy w odniesieniu do tego samego przedsięwzięcia, na którego realizację ubiegam się o pomoc,
3. zapoznałem(am) się z klauzulą obowiązku informacyjnego dla Pracodawcy ubiegającego się o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych (Wn-KZ) dostępną na stronie Urzędu <https://lodz.praca.gov.pl/ochrona-danych-osobowych>,
4. zapoznałem(am) pracowników wskazanych we wniosku o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnieniem pracowników niepełnosprawnych (Wn-KZ) z klauzulą dostępną na stronie Urzędu <https://lodz.praca.gov.pl/ochrona-danych-osobowych>.

**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

**\*niewłaściwe skreślić**