

Wpisano do rejestru wniosków pod nr:	Data wpływu wniosku do PUP:
---	------------------------------------

Wniosek

o refundację ze środków Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, opiekuna, poszukującego pracy absolwenta

Podstawa prawna:

- Art. 46 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocii zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
- Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej,
- Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

Uwaga:

Wniosek należy wypełnić czytelnie.

Przyjmowane są tylko wnioski kompletne i prawidłowo sporządzone. Wniosek wypełniony nieczytelnie, niepełny lub podpisany przez nieupoważnioną osobę, nie zawierający pełnej informacji, bez kompletu załączników - NIE BĘDZIE ROZPATRYWANY. Wniosek o refundację może być uwzględniony w przypadku gdy Starosta dysponuje środkami na jego sfinansowanie. O uwzględnieniu lub odmowie uwzględnienia wniosku Starosta powiadamia wnioskodawcę w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku. W przypadku nieuwzględnienia wniosku Starosta podaje przyczynę odmowy.

I. DANE WNIOSKUJĄCEGO

1. Nazwa wnioskodawcy lub w przypadku osoby fizycznej imię i nazwisko:

.....

2. Adres siedziby wnioskodawcy albo adres miejsca zamieszkania:

.....

3. Telefon służbowy..... e-mail służbowy

4. Nazwiska i imiona oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do podpisywania umowy:

.....
 Nazwisko i imię

.....
 stanowisko

.....
 Nazwisko i imię

.....
 stanowisko

5. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów z PUP:

.....telefon:

6. Numer REGON (jeżeli został nadany)

7. Numer NIP - - -

8. Numer EKD / PKD

9. PESEL
(w przypadku osoby fizycznej)

10. Rodzaj działalności: – wytwórcza, handlowa, usługowa, budowlana, produkcyjna (niepotrzebne skreślić) lub inna (wpisać rodzaj)

11. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności:.....

12. Forma opodatkowania:, %

13. Liczba zatrudnionych pracowników w okresie 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku:

Lp.	Miesiąc i rok	Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy	Lp.	Miesiąc i rok	Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy

W przypadku, jeżeli we wskazanym wyżej okresie nastąpiło rozwiązanie stosunku pracy lub zmniejszenie wymiaru czasu pracy należy podać jego przyczynę:

.....
.....
.....
.....
.....

14. Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na dzień złożenia wniosku

15. Forma prawna prowadzonej działalności:

16. Wielkość przedsiębiorstwa (zaznaczyć właściwe):
w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018r. - Prawo przedsiębiorców
 mikroprzedsiębiorca, mały przedsiębiorca, średni przedsiębiorca,
lub inny (duży) przedsiębiorca .

II DANE DOTYCZĄCE TWORZONYCH MIEJSC PRACY

1. Liczba wyposażanych lub doposażonych stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych, opiekunów lub poszukujących pracy absolwentów:

- podmiot, szkoła, przedszkole, producent rolny (pełny wymiar czasu pracy)*
- żłobek, klub dziecięcy, podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne (co najmniej połowa wymiaru czasu pracy)*

2. Dane dotyczące wyposażonych lub doposażonych stanowisk pracy:

Lp.	Nazwa stanowiska pracy	Liczba miejsc pracy*	Wymagane wykształcenie, kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy jakie powinien posiadać skierowany bezrobotny, opiekun lub poszukujący pracy absolwent**	Położenie stanowiska pracy (dokładny adres)
1.				
2.				
3.				
4.				

3. Wnioskowana kwota refundacji (brutto) zł.

* planowana liczba osób do zatrudnienia w ramach wyposażonego lub doposażonego stanowiska pracy.

** Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe powinny być zgodne z załączoną ofertą pracy.

4. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu otrzymanej refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, opiekuna, poszukującego pracy absolwenta:

Wyszczególnienie	
Poręczenie	
Weksel z poręczeniem wekslowym (awal)	
Gwarancja bankowa	
Zastaw na prawach lub rzeczach. Proponowany przedmiot zastawu:	
Akt t notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika	
Blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym	

Prawdziwość powyższego oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

data

.....
/podpis, pieczęć osoby uprawnionej/

ZAŁĄCZNIKI:

1. Kalkulacja wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy;
2. Oświadczenia wnioskodawcy;
3. Oświadczenia poręczycieli o uzyskiwanych dochodach oraz o aktualnych zobowiązaniach finansowych wg załączonego wzoru;
4. Oświadczenie o otrzymanej/ nieotrzymanej pomocy de minimis;
5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis;
6. Zgłoszenie oferty pracy.

Dodatkowo do wniosku o refundację producent rolny dołącza dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej 1 pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie.

* Kserokopie załączanych do wniosku dokumentów powinny zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę.

**KALKULACJA WYDATKÓW NA WYPOSAŻENIE LUB DOPOSAŻENIE
DLA POSZCZEGÓLNYCH STANOWISK PRACY**

Nazwa stanowiska pracy	Liczba miejsc pracy*	Szczegółowa specyfikacja wydatków dot. wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy	Koszt wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy z uwzględnieniem podatku od towarów i usług	
			Źródło finansowania	
			Środki z FP	Środki własne

Prawdziwość powyższego oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem. Jestem świadomy odpowiedzialność karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
/data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej/

*planowana liczba osób do zatrudnienia w ramach wyposażonego lub doposażonego stanowiska pracy

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Oświadczam że:

- **spełniam warunki**, o których mowa w Rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej;
- nie rozwiązałem stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot albo na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
- **nie obniżyłem/obniżyłem** (*zaznaczyć właściwe*) wymiar czasu pracy pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji
w przypadku gdy zaznaczono odpowiedź „obniżyłem” to
obniżyłem lub zamierzam obniżyć wymiar czasu pracy pracownika wyłącznie na podstawie art. 15g ust. 8 lub 15 gb ust.1 pkt 1 ustawy COVID – 19, lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15 zzzf ustawy COVID-19, w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
- do dnia otrzymania refundacji poinformuję o każdorazowym rozwiązaniu stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez wnioskodawcę bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracowników;
- prowadzę działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej, a w przypadku przedszkola i szkoły – prowadzenia działalności na podstawie ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (dotyczy podmiotu, przedszkola lub szkoły);
- nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
- nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
- nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
- w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem karany za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary;

- posiadam gospodarstwo rolne w rozumieniu przepisów o podatku rolnym lub prowadzę działalność specjalnej produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych lub przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (dotyczy producenta rolnego);
- zatrudniałem w okresie ostatnich 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku; w każdym miesiącu, co najmniej 1 pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy (dotyczy producenta rolnego);
- zapoznałem się z treścią Regulaminu w sprawie warunków i trybu dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy;

Prawdziwość powyższego oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
/data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej/

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Wodzisławiu Śląskim. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych e-mail: iod@pup-wodzislaw.pl. Więcej informacji nt. przetwarzania Pani/Pana danych osobowych <https://pup.bip.powiatwodzislawski.pl> w zakładce ochrona danych osobowych, w punkcie informacyjnym i w kancelarii urzędu.

**OŚWIADCZENIE
O OTRZYMANEJ / NIEOTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS**

Na podstawie art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej oświadczam, że:

- nie otrzymałem (am)** pomocy de minimis w ciągu bieżącego roku oraz 2 poprzedzających go lat
- otrzymałem (am)** pomoc de minimis w ciągu bieżącego roku oraz 2 poprzedzających go lat *

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy dołączyć kopię zaświadczeń o otrzymanej pomocy lub oświadczenie o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie.

Prawdziwość powyższego oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
/data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej/

* zaznacz odpowiednie