Lubin, dnia …………………..

Nr wniosku..................................

WnDop.......................................

UmDop ......................................

Ofpr ............................................

/wypełnia urząd /

**WNIOSEK**

w sprawie dokonania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy

Zgodnie z art. 46 ust. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz.U.2024.475) oraz Rozporządzeniem Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 roku w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (j.t Dz.U.2022.243.)

**UWAGA:** Rozpatrzeniu będzie podlegał tylko wniosek kompletny i prawidłowo sporządzony.

1. Dane dotyczące wnioskodawcy:

Pełna nazwa wnioskodawcy ………………………………………………......................................

…………………………………………………………………………………………………………….

Adres siedziby firmy …………………………………………………………………………………….

Nr telefonu ……………………………………………... fax ………………………...........................

REGON …........................................... NIP …................................................ PKD ……………

Rodzaj przeważającej działalności …........................................................................................

Data rozpoczęcia działalności gospodarczej ………………………………………........................

Nazwa i numer rachunku bankowego …....................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Dane Pracodawcy lub osoby umocowanej do zawierania umów cywilno-prawnych:*

Nazwisko i imię ........................................................... adres zam………………………………..

PESEL ................................................

Jestem / nie jestem płatnikiem podatku VAT \* niepotrzebne skreślić

##### II. Wnioskowana kwota refundacji kosztów wyposażenia i doposażenia stanowiska pracy: …………………………………………… słownie …………………………………………

**………………………………………………………………………………………………………………………**

III. Forma zabezpieczenia zwrotu refundacji w przypadku naruszenia warunków umowy (proszę zaznaczyć właściwe)

□ weksel z poręczeniem wekslowym oraz poręczenie cywilne,

□ zastaw na prawach lub rzeczach,

□ gwarancja bankowa,

□ blokada rachunku bankowego,

□ akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika.

## IV. Opis przedsięwzięcia

1. Planowana liczba tworzonych stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych: ................

2. Miejsce wykonywania pracy przez skierowanego bezrobotnego – nazwa, adres

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

3.Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanych bezrobotnych **lub** opiekuna osoby niepełnosprawnej- **kod** zawodu lub specjalności, zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy dostępny na stronie: <http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow/-/klasyfikacja_zawodow/litera/> ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

4.Wymagane kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do pracy, jakie powinni spełniać bezrobotny lub opiekun osoby niepełnosprawnej skierowany przez powiatowy urząd pracy,

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

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

…………………………………………………………………………………………………………….

Czas pracy-system pracy ( *proszę zaznaczyć właściwe pole*)

□ jednozmianowy □ dwuzmianowy □ praca w ruchu ciągłym

I zm. od ……… do……… II zm. od ……… do……… III zm. od ……… do ………..

zatrudnienie wymaga pracy w : □ niedzielę □ święta □ w porze nocnej

1. Proponowane wynagrodzenie brutto ………………………………………………………….
2. ***Kalkulacja wydatków*** dla poszczególnych tworzonych stanowisk pracy, źródła ich finansowania zgodne z przepisami bhp oraz wymogami ergonometrii.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa tworzonego stanowiska pracy** | **Całkowity koszt utworzenia stanowiska pracy** | **Źródło finansowania /podać kwotę/** | | |
| **PUP** | **Własne** | **Inne /podać jakie/** |
|  |  |  |  |  |

1. ***Szczegółowa specyfikacja* i harmonogram wydatków** dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bhp oraz wymaganiami ergonomii;

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa tworzonego stanowiska pracy** | **Specyfikacja zakupu** | **Przewidywany termin realizacji** | **Kwota brutto 1)**  **(w zł)** | **Źródło finansowania**  **własne/PUP/inne** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. PUP rozliczy faktury przedkładane przez pracodawcę otrzymującego refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk/a pracy dla skierowanego bezrobotnego według wartości **brutto**

Liczba zatrudnionych w poszczególnych 12-stu miesiącach poprzedzających złożenie wniosku:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok miesiąc |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Stan zatrudnienia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

/data złożenia wniosku/ /czytelny podpis wnioskodawcy/

**V. Oświadczenia Pracodawcy**

***Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art.233 k.k.) oświadczam, że w dniu składania wniosku:***

1. nie posiadam żadnych nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
2. nie zalegam z opłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, składek   
   na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz składek na FGŚP,
3. nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych (podatki, opłaty lokalne),
4. nie rozwiązałem stosunku pracy z pracownikiem/(mi) w drodze wypowiedzenia dokonanego przez Pracodawcę, bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji,
5. proszę podkreślić właściwe:

- nie obniżałem wymiaru czasu pracy pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku   
do dnia otrzymania refundacji;

- obniżałem / zamierzam\* obniżyć wymiar czasu pracy w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji **na podstawie ustawy z dnia 2 marca 2020r.   
o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem   
i zwalczaniem COVID-19,** innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. 2021.2095 ze zm.), zwanej dalej „ustawą COVID-19”, lub na podstawie aneksu do umowy (w przypadku usług i instrumentów rynku pracy oraz innych form wsparcia realizowanych na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r.   
o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, w zakresie niezbędnym   
do niwelowania i ograniczenia negatywnych skutków COVID-19) zawartego ze starostą w związku z [art. 15zzf](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytknjugm4tkltqmfyc4njwga2dsobqgq) ustawy COVID-19,

1. w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem karany za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6.06.1997r. - Kodeks karny;
2. prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6.03.2018r. Prawo przedsiębiorców przez wymagany okres co najmniej 6 miesięcy przed złożeniem wniosku, ( w tym czasie nie zawieszałem działalności gospodarczej)
3. w ciągu bieżącego roku oraz 2 lat poprzedzających złożenie wniosku o refundację z Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy (proszę zaznaczyć właściwe):

□ nie otrzymałem środków stanowiących pomoc de minimis.

□ nie otrzymałem innej pomocy ze środków publicznych, niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym ze środków UE, w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą,

□ otrzymałem inną pomoc, o której mowa wyżej (wówczas należy wypełnić Formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie)

1. nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzje o obowiązku zwrotu.
2. dane wskazane w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą,

………………………. …………………………………… ………………………………………………………………………osoby i źródła pochodzenia, w tym ze środkó

/data/ /pieczęć i podpis Pracodawcy lub osoby

umocowanej do zawierania umów/

Wyrażam zgodę na podawanie przez PUP w Lubinie do publicznej wiadomości danych dotyczących Pracodawcy zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji wniosku zgodnie z wymogami art. 59b Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. 2024.475) oraz zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U z 2016.922 z późn. zm.).

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

/czytelny podpis wnioskodawcy/

###### **VII. Obowiązujące załączniki:**

1. Formularz informacji o otrzymanej pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się   
   o pomoc de minimis (Dz. U z 2010r , Nr 53, poz. 311);
2. Zaświadczenie z ZUS o nie zaleganiu w odprowadzaniu składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy i FGŚP.
3. Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o braku zobowiązań z tytułu podatków.
4. Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości otrzymanej pomocy de minimis.