



#### IV. Opis przedsięwzięcia

- Planowana liczba tworzonych stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych: .....
  - Miejsce wykonywania pracy przez skierowanego bezrobotnego – nazwa, adres  
.....
  - 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/](http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow/-/klasyfikacja_zawodow/litera/)  
.....
  - 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
- Proponowane wynagrodzenie brutto .....
  - Kalkulacja wydatków** dla poszczególnych tworzonych stanowisk pracy, źródła ich finansowania zgodne z przepisami bhp oraz wymogami ergonomii.

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

7. **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 <sup>1)</sup> (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												

## V. Oświadczenia Pracodawcy

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

- a) nie posiadam żadnych nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
- b) nie zalegam z opłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, FGŚP, PFRON oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
- c) nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych (podatki, opłaty lokalne),
- d) nie rozwiązałem stosunku pracy z pracownikiem/(mi) w drodze wypowiedzenia dokonanego przez Pracodawcę, bądź 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,
- e) *proszę podkreślić właściwe:*
  - nie obniżałem wymiaru czasu pracy pracownika w drodze wypowiedzenia albo na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracowników okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
- f) w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem karany za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6.06.1997 r. - Kodeks karny;
- g) prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców przez wymagany okres co najmniej 6 miesięcy przed złożeniem wniosku, (w tym czasie nie zawieszałem działalności gospodarczej)
- h) w okresie ostatnich 3 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)
- i) nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu.
- j) dane wskazane w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

---

(data)

(pieczęć i podpis Pracodawcy lub osoby umocowanej do zawierania umów)

## VII. Obowiązujące załączniki:

1. Formularz informacji o otrzymanej pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc de minimis.
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.