

 Powiatowy Urząd Pracy w Nowym Tomyślu

 ....................................., dnia .......................

..................................... pieczęć firmowa wnioskodawcy

# ***WNIOSEK***

***O REFUNDACJE KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY***

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r.o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2017r. poz. 1065 z późn. zm.);
2. Rozporządzenie Ministra, Rodziny Pracy i Polityki Społecznej z 14 lipca 2017 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2017r. poz. 1380);

1. ***Charakterystyka wnioskodawcy***
2. Pełna nazwa i siedziba podmiotu, szkoły lub przedszkola ……….................................................................... ……….

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

* Nr telefonu .............................................................................................................................................................
* Data rozpoczęcia działalności ................................................................................................................................
* Forma prawna prowadzonej działalności: ................................................................................................................
* REGON.....................................................................................................................................................................
* Forma opodatkowania ............................................................................................................................................
* NIP...........................................................................................................................................................................
* Symbol PKD.............................................................................................................................................................
* Nazwa banku i nr konta............................................................................................................................................ .................................................................................................................................................................................
* Osoba upoważniona do kontaktów z PUP: ..............................................................................................................
1. Charakterystyka prowadzonej działalności: ..................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

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

1. Liczba pracowników na dzień złożenia wniosku ………………………………………………………………….
2. Liczba osób, z którymi rozwiązano stosunek pracy w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wraz z podaniem przyczyn zwolnienia oraz podaniem artykułu Kodeksu Pracy, na podstawie którego doszło do rozwiązania stosunku pracy\*

|  |  |
| --- | --- |
| liczba osób  | przyczyna rozwiązania stosunku pracy - artykuł Kodeksu Pracy  |
|   |   |
|   |   |
|   |   |

 \*w przypadku braku zwolnień pracowników należy wpisać w powyższej tabeli wyrażenie „nie dotyczy”, natomiast

 w przypadku rozwiązania stosunku pracy z pracownikiem w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku należy przedstawić do wglądu uwierzytelnione kserokopie świadectw pracy osób zwolnionych

1. Czy w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających złożenie wniosku wnioskodawca zmniejszał wymiar czasu pracy pracownikom? TAK / NIE[[1]](#footnote-1)\

6. Wielkość przedsiębiorstwa zgodnie z Ustawą o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004 roku (Dz. U. poz.2168):

* mikroprzedsiębiorstwo
* małe przedsiębiorstwo
* średnie przedsiębiorstwo
* inne

***II. Dane dotyczące wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy***

1. Liczba stanowisk pracy: ...............................................................................................................................................
2. Wnioskowana kwota refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy

(max do 6 – krotności przeciętnego wynagrodzenia na 1 stanowisko pracy) ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Informacje dotyczące stanowisk pracy jakie wnioskodawca zamierza doposażyć lub wyposażyć:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP.  | Nazwa stanowiska pracy zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności  | Liczba stanowisk pracy  | Wymiar czasu pracy  | Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana  | Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy  |
|       |   |   |   |   |   |
|       |   |   |   |   |   |
|       |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |

1. Miejsce wykonywania pracy (adres):........................................................................................................

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa stanowiska  | Rodzaj zakupów  | Liczba sztuk  | Kwota jednostkowa brutto w PLN  | Łączna kwota  brutto w PLN ( 3x4)  | Całkowita kwota dla jednego stanowiska w PLN  |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

Łączna kwota zakupów brutto : ................................................

1. Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie dla poszczególnych stanowisk pracy i źródła ich finansowania

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Źródła finansowania  |
| Nazwa stanowiska  | Rodzaj kosztu\*   | Całkowita wartość brutto w PLN  | stanowiska pracy  |
| Środki Funduszu Pracy w PLN  | Środki własne w PLN  |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| Razem:  |   |   |   |

 \* Koszt wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy: wydatki dotyczące wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, w szczególności zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowisk pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymogami ergonomii

1. Przewidywany udział środków własnych w zakupie wyposażenia wynosi ................. zł, tj. ...............%
2. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji:

 poręczenie

 gwarancja bankowa

 blokada środków na rachunku bankowym

 akt notarialny o poddaniu się egzekucji

 W przypadku zabezpieczenia w formie poręczenia cywilnego poręczycielami będą:

1. Pan/Pani………………………………………………………………………………………………………………………. zatrudniony/a ………………………………………………………………………………………………………………… z miesięcznym wynagrodzeniem netto………………………………………………………………………………………
2. Pan/Pani ………………………………………………………………………………………………………………………. zatrudniony/a ………………………………………………………………………………………………………………... z miesięcznym wynagrodzeniem netto……………………………………………………………………………………..

W załączeniu przedkładam oświadczenia poręczycieli.

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

 Podpis wnioskodawcy lub osoby

 upoważnionej

## **OŚWIADCZENIE**

Świadomy(mi) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 Kodeks Karny) oświadczam(y), że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

Oświadczam(y), że:

1. nie zmniejszałem wymiaru czasu pracy pracownikom i nie rozwiązałem stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez wnioskodawcę 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,
2. prowadzę działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, z tym że do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej, a w przypadku przedszkola i szkoły - prowadzę działalność na podstawie ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku,
3. nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych,
4. nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych,
5. nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
6. nie toczy się w stosunku do zakładu pracy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,
7. nie byłem karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – kodeks karny (Dz. U. z 2017 r. poz. 1137 z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2016 r. poz. 1541 z późn. zm.),
8. zobowiązuję się do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Wolsztynie otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis.

Wyciąg z Kodeksu Postępowania Administracyjnego (Dz.U. 2017 poz. 1257)

Art. 75 § 2. Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania.”

 .

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

 podpis wnioskodawcy

**INFORMACJA O POMOCY PUBLICZNEJ**

**I POMOCY DE MINIMIS**

Świadomy(a), iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, oświadczam, iż:

w ciągu roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz dwóch poprzedzających go latach:

  otrzymałem / nie otrzymałem\* środków stanowiących pomoc publiczną de minimis.

W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  L.p.  |  Organ udzielający pomocy  |  Podstawa prawna  |  Dzień udzielenia pomocy  |  Wartość pomocy w euro  | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy  |
| 1.  |   |   |   |   |   |
| 2.  |   |   |   |   |   |
| 3.  |   |   |   |   |   |
| 4.  |   |   |   |   |   |
| 5.  |   |   |   |   |   |
| 6.  |   |   |   |   |   |
| 7.  |   |   |   |   |   |
| 8.  |   |   |   |   |   |
| 9.  |   |   |   |   |   |
| 10.  |   |   |   |   |   |
|   |  |  | Łącznie  |   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

 otrzymałem / nie otrzymałem\* inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą.

 …………………………………… podpis wnioskodawcy

* niewłaściwe skreślić

**INFORMACJA**

* 1. O uwzględnieniu lub odmowie uwzględnienia wniosku podmiot jest powiadamiany w formie pisemnej w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku wraz załącznikami.
	2. Wniosek nieczytelnie wypełniony, niekompletny i bez wszystkich wymaganych załączników pozostanie bez rozpatrzenia.
	3. Refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy jest dokonywana na wniosek podmiotu po przedłożeniu rozliczenia poniesionych kosztów, zatrudnieniu skierowanych bezrobotnych oraz spełnieniu warunków określonych w zawartej umowie.
	4. Refundacja dokonywana jest na podstawie umowy zawartej na piśmie pod rygorem nieważności.
	5. Wniosek powinien być wypełniony starannie i czytelnie.
	6. Złożenie wniosku nie jest jednoznaczne z przyznaniem refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.
	7. Odmowa przyznania refundacji kosztów wyposażenia i doposażenia stanowiska pracy nie podlega odwołaniu.

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że znana jest mi treść obowiązującego w Urzędzie „Regulaminu refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy”

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922)

Powyższe informacje przyjmuję do wiadomości

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

 Podpis wnioskodawcy

**WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO WNIOSKU**

* 1. Wpis do ewidencji szkół i placówek niepublicznych\*.
	2. Aktualny odpis z KRS, wpis do centralnej ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk z CEIDG, umowa spółki cywilnej.
	3. Decyzja o nadaniu NIP.
	4. Pełnomocnictwo\* dla osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu.
	5. Oświadczenia poręczyciela/i\* - załącznik nr 1 oraz zaświadczenie z zakładu pracy o dochodach.
	6. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
	7. Kserokopie świadectw pracy osób z którymi rozwiązano stosunek pracy w okresie 6. miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (do wglądu).
	8. Kserokopie zaświadczeń o pomocy de minimis lub oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis\*.
	9. Zgłoszenie krajowej oferty pracy.

10.Faktura lub rachunki PRO FORMA, ewentualnie oferty cenowe lub zamówienia od klienta.

11. Oświadczenie majątkowe – Załącznik nr 2.

1. niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)