

ul. Marsz. Józefa Piłsudskiego 33, 33-200 Dąbrowa Tarnowska

Tel. (14) 642 31 78, Fax. (14) 642 24 78, e-mail: krda@praca.gov.pl

**Numer wniosku CAZ.630.\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_**

# **WNIOSEK**

**o udzielenie refundacji ze środków Funduszu Pracy**

**kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy**

/wniosek należy wypełnić komputerowo lub drukowanymi literami/

🞎 dla skierowanego bezrobotnego 🞎 dla skierowanego poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej

* art. 46 ust.1 pkt 1 i ust. 1a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
* Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej.

🞎 podmiot prowadzący działalność gospodarczą  *(w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców)*

🞎 niepubliczna szkoła *(prowadząca działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe)*

🞎 niepubliczne przedszkole *(prowadzące działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r.*

| **DANE IDENTYFIKACYJNE I ADRESOWE WNIOSKODAWCY:** |
| --- |

1. Nazwa lub imię i nazwisko (w przypadku osoby fizycznej) : ………………………………………………………

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

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

Reprezentowany przez………………………………………………………………………………………………

1. Adres siedziby albo adres zamieszkania ………………………………………………………………………….

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

1. Numer PESEL w przypadku osoby fizycznej: ……………………………………………..................................
2. Numer telefonu kontaktowego oraz e-mail: ………………………………………………………………………...

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

| **DANE DOTYCZĄCE PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI:** |
| --- |

1. Miejsce prowadzenia działalności: …………………………………………………………………………………
2. Numer identyfikacyjny REGON: ……………………………………………………………………………………
3. Numer identyfikacji podatkowej NIP: ………………………………………………………………………………
4. Numer KRS: …………………………………………………………………………………………………………..
5. Rodzaj działalności: …………………………………………………………………………………………………..
6. Data rozpoczęcia działalności: ………………………………………………………………………………………
7. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określonej zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) związanej z refundowanym stanowiskiem pracy :

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

1. Oznaczenie formy prawnej działalności (np. osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, spółka cywilna, spółka z o. o.)

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

1. Podleganie podatkowi od towarów i usług (zaznaczyć właściwe):

🞎 jestem płatnikiem podatku od towarów i usług (VAT)

🞎 nie jestem płatnikiem podatku od towarów i usług (VAT)

1. Imię i nazwisko oraz telefon kontaktowy, osoby wskazanej do kontaktów z Powiatowym Urzędem Pracy: …………………………………………………………………………………………………………………………

| **DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA:** |
| --- |

* 1. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku:

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

* 1. W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia należy podać sposób rozwiązania stosunku pracy (tryb zgodny z Kodeksem Pracy).

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

| **KWOTA PRZEZNACZONA NA PRZEDSIĘWZIĘCIE:** |
| --- |

4.1 Liczba wyposażanych lub doposażonych stanowisk pracy:………………………………………………………

4.2 Wymiar czasu pracy w przypadku doposażania lub wyposażania stanowiska pracy dla skierowanego poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej (co najmniej połowa wymiaru czasu pracy)………………………………………………………………………………………………………………

4.3 Wnioskowana kwota refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy………………………………….zł słownie…………………………………………………………………. zł

| **DANE DOTYCZĄCE STANOWISKA PRACY:** |
| --- |

* 1. Informacja dotycząca wymiaru czasu pracy: …………………………………………………………………….
	2. Miejsce wykonywania pracy (adres): ……………………………………………………………………………..
	3. Zmianowość: …….…, godziny pracy (od …………… do ……………..) w poszczególnych dniach tygodnia……………………………………………………………………………………………………………..
	4. Wymagane kwalifikacje, umiejętności lub doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy:

| **Nazwa stanowiska, kod zawodu** (zgodny z Klasyfikacją Zawodów i Specjalności) | **Rodzaj wykonywanej pracy**(proszę wskazać max. trzy podstawowe obowiązki) | **Kwalifikacje**(poziom, kierunek wykształcenia) | **Inne wymagania** (doświadczenie zawodowe, znajomość języków obcych, uprawnienia, umiejętności) | **Wysokość proponowanego wynagrodzenia (brutto)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |

| **PROPONOWANA FORMA ZABEZPIECZENIA ZWROTU REFUNDACJI [[1]](#footnote-1)** |
| --- |

* poręczenie cywilne (*udzielone przez 2 osoby fizyczne lub osoby prawne*),
* weksel in blanco *(konieczne dodatkowe zabezpieczenie*).
* weksel z poręczeniem wekslowym (aval),
* gwarancja bankowa,
* zastaw rejestrowy na prawach lub rzeczach,
* blokada środków zgromadzonych na rachunku płatniczym,
* akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika *(konieczne dodatkowe zabezpieczenie)*

| **DANE DOTYCZĄCE ŚRODKÓW I ICH WYKORZYSTANIA** |
| --- |

| **L.p.** | **Rodzaj zakupu:** | **Całkowita wartość brutto w PLN:** | **Źródła finansowania** | **Określenie stanu prawnego planowanych zakupów** (nowe/ używane ) |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fundusz****Pracy/ EFS w PLN** (brutto): | **Środki****własne w PLN** (brutto): |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |

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

| **SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA WYDATKÓW DOTYCZĄCYCH WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISK PRACY ZGODNIE Z WNIOSKOWANĄ KWOTĄ REFUNDACJI.**(KOSZTY JAKIE ZOSTANĄ PONIESIONE OD DNIA ZAWARCIA UMOWY, W SZCZEGÓLNOŚĆI NA ZAKUP ŚRODKÓW TRWAŁYCH, URZĄDZEŃ, MASZYN, W TYM ŚRODKÓW NIEZBĘDNYCH DO ZAPEWNIENIA ZGODNOŚCI STANOWISK PRACY Z PRZEPISAMI BHP ORAZ WYMAGANIAMI ERGONOMII) |
| --- |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa wydatku**  | **Ilość sztuk** | **Uzasadnienie wydatku pod kątem ich celowości, niezbędności i przydatności w wykorzystaniu do pracy na refundowanym stanowisku** | **Parametry techniczne** | **Cena w zł** (brutto) | **Kwota do refundacji**(brutto) | **Planowany termin zakupu** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

| **Nazwa wydatku**  | **Ilość sztuk** | **Uzasadnienie wydatku** | **Parametry techniczne** | **Cena zł**(brutto) | **Kwota do refundacji** (brutto) | **Planowany termin zakupu** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |
| Potwierdzam prawdziwość danych zawartych w niniejszym wniosku oraz ich zgodności ze stanem prawnym oraz faktycznym. Jednoczenie mam świadomość, że dane zawarte we wniosku znajdą swoje odzwierciedlenie w zawartej z Urzędem umowie. |

……………………………………………………...

(data, pieczęć i podpis Wnioskodawcy

lub osoby upoważnionej do jego reprezentacji)

|  **OŚWIADCZENIA PODMIOTU PROWADZĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ NIEPUBLICZNEJ SZKOŁY, NIEPUBLICZNEGO PRZEDSZKOLA** |
| --- |

1. Prowadzę działalność: **[[2]](#footnote-2)**

🞎 gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców, przez okres co najmniej **6**miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku;

🞎 na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe przez okres co najmniej **6**miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku;

1. W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wnioskunie obniżyłem wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązałem stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników;
2. W okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji nie obniżę wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiążę stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników;
3. **Nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
4. 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 roku o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia;
5. **Nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
6. **Nie posiadam** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
7. **Spełniam warunki** określone 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;
8. **Spełniam warunki** określone w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13.12.2023 r. w  sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023 r.);
9. **W okresie minionych trzech lat:**

**- otrzymałem/ nie otrzymałem \*** środków stanowiących pomoc de minimis;

**- otrzymałem/ nie otrzymałem \*** środki stanowiących pomoc de minimis w sektorze rolnym;

**- otrzymałem/ nie otrzymałem\*** środków stanowiących pomoc de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.

1. W okresie 365 dni przed złożeniem wniosku **zostałem/nie zostałem\*** ukarany lub **zostałem/nie zostałem\*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy, albo **jestem/nie jestem\*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
2. **Nie jestem** w stanie likwidacji lub upadłości;
3. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizyty monitorującej przez Urząd na temat stanu przygotowań i uzasadnionych potrzeb wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego/ poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej;
4. Zapoznałem się z obowiązującymi zasadami organizacji i finansowania instrumentów rynku pracy przez Powiatowy Urząd Pracy w Dąbrowie Tarnowskiej.

**Świadomy odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych informacji oświadczam, że dane i oświadczenia zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

……………………..…………………..……………..

(data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy

lub osoby uprawnionej do jego reprezentacji)

| DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ: |
| --- |

1. Oświadczenie stanowiące załącznik nr 1 do wniosku.
2. Oświadczenie stanowiące załącznik nr 2 do wniosku.
3. Klauzula informacyjna (dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą). W przypadku spółek cywilnych klauzulę informacyjną przedkłada każdy ze wspólników spółki cywilnej.
4. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji szkół i placówek niepublicznych, zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON, zaświadczenie o numerze identyfikacji podatkowej NIP – kserokopia wraz z oryginałem do wglądu (dotyczy niepublicznych szkół i przedszkoli).
5. Kserokopia dokumentu potwierdzającego upoważnienie do reprezentacji i podpisania umowy osoby wskazanej we wniosku, np. kserokopie powołania, mianowania lub pełnomocnictwo udzielone przez uprawnione osoby, o ile nie wynika ono z innych dokumentów dołączonych do wniosku;
6. Umowa spółki w przypadku spółek cywilnych- kserokopia z oryginałem do wglądu;
7. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*, którego wzór określa załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc *de minimis.*

1. W przypadku otrzymania pomocy de minimis lub pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie- zaświadczenia o udzielonej pomocy publicznej de minimis obejmujące trzy lata – kserokopia wraz z oryginałem do wglądu albo oświadczenie o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie.

Załącznik nr 1

**OŚWIADCZENIE o pomocy de minimis**

………………………… Dąbrowa Tarnowska, dnia……………………..

(pieczęć firmowa)

Powiatowy Urząd Pracy

w Dąbrowie Tarnowskiej

Oświadczam(-y), że w okresie minionych trzech lat[[3]](#footnote-3) otrzymałem(-liśmy) pomoc *de minimis/ pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie* w wysokości ………………………… zł stanowiącej równowartość …………………….... euro.

 …………………………………………….
 (podpis osoby upoważnionej)

Załącznik nr 2

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a………………………………………………………(imię i nazwisko)

**Podlegam/nie podlegam\*** wykluczeniu z ubiegania się o udzielenie wsparcia na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego. Ponadto oświadczam, iż **jestem/nie jestem\*** powiązany z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne i które figurują na listach unijnych i krajowych oraz **znajduję się/nie znajduję się\*** na takiej liście. Przed złożeniem oświadczenia zapoznałem się z aktualną listą osób/podmiotów objętych sankcjami.

 ………………………………………….

 (data i podpis Wnioskodawcy)

**\*** Niepotrzebne skreślić

**Weryfikacja oświadczenia – wypełnia pracownik PUP**

Wnioskodawca nie figuruje w rejestrze osób i podmiotów, względem których stosowane są środki sankcyjne, umieszczonym na stronie BIP MSWiA.

Data weryfikacji ……………………………Podpis pracownika……………………………

1. Zaznaczyć właściwe. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zaznaczyć odpowiednie.

\* Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-2)
3. **3 minione lata** należy rozumieć w ten sposób, że jeśli na przykład pomoc *de minimis* była udzielona w dniu 5 stycznia 2024 r., uwzględnieniu podlegała pomoc *de minimis* i pomoc *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie udzielona począwszy od dnia 5 stycznia 2021 r. [↑](#footnote-ref-3)