....................................................................... Bielsk Podlaski, dnia ..............................

 (pieczęć firmowa)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Bielsku Podlaskim**

# W N I O S E K

 **o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia**

 **stanowiska pracy**

składany przez:

1) podmiot prowadzący działalność gospodarczą;

2) producenta rolnego;

3) niepubliczne przedszkole lub niepubliczną szkołę;

4) żłobek lub klub dziecięcy na wyposażenie stanowiska pracy bezpośrednio związanego ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć;

5) podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne na wyposażenie stanowiska pracy związanego bezpośrednio
ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych.

na zasadach określonych w:

1) ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;

2) 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;

3) rozporządzeniu Komisji(UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 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);

4) rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania
art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym
(Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9 z późn. zm.).

**Uwaga:**

Prosimy o dokładne i staranne wypełnienie niniejszego wniosku. Jednym z warunków uwzględnienia wniosku jest jego kompletność i prawidłowość sporządzenia. Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania wnioskowanych środków. Wniosek podlega ocenie przez komisję powołaną przez Dyrektora PUP. Ostateczna decyzja w sprawie przyznania wnioskowanych środków należy do działającego w imieniu Starosty Powiatu Dyrektora PUP. Od negatywnego stanowiska PUP nie przysługuje odwołanie.

1. **DANE O PRACODAWCY**

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

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

2. Adres siedziby pracodawcy lub adres miejsca zamieszkania: ................................................................

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

tel.: ……………………………………………, e-mail: …………………..……………………………..

3. Miejsce prowadzenia działalności: ........................................................................................................

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

4. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej: …………………………………………...

w tym okres (okresy) zawieszenia prowadzenia działalności: ……………………………………….........

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

Uwaga:

Refundacja może zostać przyznana podmiotowi gospodarczemu prowadzącemu działalność gospodarczą przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku. Do okresu tego nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej.

5. REGON: ................................., jeżeli został nadany, NIP: .................................................................

 PESEL (w przypadku osoby fizycznej), jeżeli został nadany: .............................................................

6. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją

 Działalności (PKD): …………………………………………………………………………………..

7. Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności: ………………………………………………..

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

8. Nazwa banku i numer rachunku bankowego: :………………………………………………………..

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

9. Osoby uprawnione do reprezentowania pracodawcy i podpisania umowy *(nazwisko i imię, stanowisko)*: …………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………

10. Rodzaj prowadzonej działalności (*krótki opis działalności*): …………………………………….

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

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

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

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

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

11. Liczba wyposażonych lub doposażonych stanowisk pracy: .………….................................................

12. Wymiar czasu pracy zatrudnianych opiekunów: ………………..…………………………………….

13. Liczba osób zatrudnionych w dniu złożenia wniosku: …………………………………………………

**II. OPIS PLANOWANEGO PRZEDSIĘWZIĘCIA (WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY)**

1. Opis planowanego przedsięwzięcia:

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

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

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

## **III. DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA SKIEROWANYCH BEZROBOTNYCH, SKIEROWANYCH OPIEKUNÓW LUB SKIEROWANYCH POSZUKUJĄCYCH PRACY ABSOLWENTÓW**

1. Liczba stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych, skierowanych opiekunów lub skierowanych poszukujących pracy absolwentów: ………………………..………………………
2. Nazwa stanowiska/stanowisk pracy:

a) …………………………………………………………………………………………………………

b) …………………………………………………………………………………………………………

1. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanego(ych) bezrobotnego(ych), skierowanego(nych) opiekuna(ów) lub skierowanych poszukujących pracy absolwentów:

a) ................................................................................................................................................................

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

b) ................................................................................................................................................................

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

4. Miejsce wykonywania pracy: .................................................................................................................

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

5. Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe, niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinny posiadać skierowane osoby:

a) …............................................................................................................................................................

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

b) ................................................................................................................................................................

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

6. Wysokość proponowanego wynagrodzenia:

a) ................................................................................................................................................................

b) ………………………………………………………………………………………………………....

7. Proponowany okres zatrudnienia (min. 24 miesiące):

a) ................................................................................................................................................................

b) ………………………………………………………………………………………………………....

**IV. WNIOSKOWANA KWOTA BRUTTO REFUNDACJI KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY OGÓŁEM: .......................................... ZŁ.**

**V. KALKULACJA PLANOWANYCH WYDATKÓW NA WYPOSAŻENIE LUB DOPOSAŻENIE POSZCZEGÓLNYCH STANOWISK PRACY ORAZ ŹRÓDŁA ICH FINANSOWANIA:**

a) Nazwa stanowiska pracy ………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaje wydatków | Środki własne (kwota brutto) | Inne źródła | Razem (kwota brutto) |
| Rodzaj źródła | kwota brutto |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

b) Nazwa stanowiska pracy ………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaje wydatków | Środki własne (kwota brutto) | Inne źródła | Razem (kwota brutto) |
| Rodzaj źródła | kwota brutto |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**VI. SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA WYDATKÓW, DOTYCZĄCYCH WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY** **W RAMACH WNIOSKOWANYCH ŚRODKÓW** (w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bhp oraz wymaganiami ergonomii):

a) Nazwa stanowiska ……………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj zakupu | Przewidywany termin zakupu | Przewidywane koszty zakupu |
| Cena netto | Podatek VAT |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Razem: |  |  |

Szczegółowe uzasadnienie potrzeby wyposażenia/doposażenia stanowiska pracy w wymienione
w specyfikacji urządzenia, maszyny i środki niezbędne do zapewnienia zgodności stanowiska pracy
z przepisami bhp oraz wymaganiami ergonomii: …………………………………………………………

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) Nazwa stanowiska …………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj zakupu | Przewidywany termin zakupu | Przewidywane koszty zakupu |
| Cena netto | Podatek VAT |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Razem: |  |  |

Szczegółowe uzasadnienie potrzeby wyposażenia/doposażenia stanowiska pracy w wymienione
w specyfikacji urządzenia, maszyny i środki niezbędne do zapewnienia zgodności stanowiska pracy
z przepisami bhp oraz wymaganiami ergonomii: …………………………………………………………

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**VII. PROPONOWANA FORMA ZABEZPIECZENIA ZWROTU REFUNDACJI**

1. Poręczenie.
2. Weksel in blanco.
3. Weksel z poręczeniem wekslowym (aval).
4. Gwarancja bankowa.
5. Zastaw rejestrowany na prawach lub rzeczach.
6. Blokada środków zgromadzonych na rachunku płatniczym.
7. Akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika.

**Zabezpieczenie może zostać ustanowione w jednej lub w kilku formach. Przy zabezpieczeniu w formie weksla in blanco albo aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji jest konieczne ustanowienie dodatkowego zabezpieczenia.**

Proszę wybrać proponowaną formę zabezpieczenia i wpisać poniżej:

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

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

 (pieczęć pracodawcy) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania)

Wymagane załączniki:

1. Wypełniony formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis lub formularz informacjiprzedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis
w rolnictwie lub rybołówstwie.

2. Oświadczenie dotyczące posiadania statusu płatnika podatku VAT.

3. Producent rolny dodatkowo dołącza dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej jednego pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie.

**VIII. OŚWIADCZENIE podmiotu prowadzącego działalność, przedszkole lub szkołę**

**Oświadczam, że:**

1. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
2. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
3. Nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
4. Prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia prowadzenia działalności gospodarczej, a w przypadku przedszkola i szkoły, prowadzę działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.
5. Nie rozwiązałem(am) stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot, przedszkole lub szkołę albo 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.
6. Nie obniżyłem(am) wymiaru czasu pracy pracownika w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot, przedszkole lub szkołę albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia niniejszego wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.
7. Nie jestem/jestem\* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia
2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
8. Nie ubiegam się/ ubiegam się\* o wsparcie w związku z działalnością gospodarczą określona
w art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
9. Wielkość pomocy de minimis otrzymanej w okresie trzech minionych lat wynosi: …………………;

…………………….....………………………………………………………………………………..;

1. Wielkość pomocy de minimis w rolnictwie otrzymanej w okresie trzech minionych lat wynosi: ….……………………………………………………………………………………..……………;
2. Wielkość pomocy de minimis w rybołówstwie otrzymanej w okresie trzech minionych lat wynosi: ………………………………………………………………………………………………….…..;
3. Wielkość pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących
się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona wnioskowana pomoc de minimis wynosi: …………………..……….. i jest przeznaczona na:…………………………..……..……;
4. Jestem świadomy(a), że przyznane środki Funduszu Pracy stanowią pomoc de minimis
w rozumieniu przepisów rozporządzenia Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 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) i spełniam warunki zawarte w ww. przepisie.
5. Zobowiązuję się do powiadomienia powiatowego urzędu pracy, w okresie poprzedzającym zawarcie umowy o refundację o wszelkich zmianach, które zaszły w zakresie podanych we wniosku informacji i złożonych oświadczeń po dniu złożenia niniejszego wniosku.
6. Wszystkie dane podane przeze mnie we wniosku są prawdziwe.
7. Ponadto niniejszym składam oświadczenie, że w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem(am) karany(a) za przestępstwa 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. **Jestem świadomy(ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

 …..…………………………dnia…………………. …………………………………...................

 (miejscowość) (pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
(Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Bielsku Podlaskim z siedzibą
w 17-100 Bielsk Podlaski, ul. 3 Maja 17.

2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – *jaroslaw.rudawski@formica.com.pl.*

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust.1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w związku z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. W zależności od instrumentu z którego Pan/Pani korzysta dane przetwarzane będą w oparciu:

1) art. 66l – bon stażowy,

2) art. 66k – bon szkoleniowy,

3) art. 60d – dofinansowanie części wynagrodzenia za zatrudnienie, skierowanego bezrobotnego, który ukończył 50 rok życia,

4) art. 46 – refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawanie jednorazowo środków na podjęcie działalności gospodarczej,

5) art. 69b – przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego,

6) art. 60 – prace interwencyjne i roboty publiczne oraz jednorazowa refundacja kosztów z tytułu opłaconych składek
na ubezpieczenie społeczne,

7) art. 53m – przygotowanie zawodowe dorosłych,

8) art. 60c – refundację kosztów poniesionych na składki na ubezpieczenia społeczne należne od pracodawcy
za skierowanych do pracy bezrobotnych do 30 roku życia,

9) art. 53 – staże,

10) art. 55 – stypendia z tytułu podjęcia dalszej nauki,

11) art. 60b – świadczenia aktywizacyjne,

12) art. 61 – refundacja kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną.

4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.

5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną.

6. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.

7. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

8. Dane nie będą przetwarzane w celu zautomatyzowanego podjęcia decyzji.

9. Nie planuje się przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego.

10. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawą o ochronie danych osobowych i ustawą z dnia
20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, jest obligatoryjne.

Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej i akceptuję jej postanowienia.

………………………… …………………………

data podpis

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(wypełnia PUP)

**Wniosek sprawdzono pod względem formalnym**

………………………………………….

(data, podpis i pieczęć pracownika PUP)

**Opinia pracownika PUP o dotychczasowej współpracy Pracodawcy z PUP i wywiązywaniu się Pracodawcy z podjętych dotychczas zobowiązań :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………….

(data, podpis i pieczęć pracownika PUP)