....................................................................... 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 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1 z późn. zm.),

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.

**I. DANE O PRACODAWCY**

1. Pełna nazwa/ imię i nazwisko pracodawcy ..........................................................................................

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

2. Adres siedziby pracodawcy/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: ......................................................... NIP: .........................................................

PESEL(w przypadku osoby fizycznej): .........................................................

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

Działalności (PKD) ……………………………………………………………………………………

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

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

8. Nazwa banku i numer konta:…………………………………………………………………………...

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

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 osób zatrudnionych na wyposażonych lub doposażonych stanowiskach pracy

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

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

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

14. Liczba osób zwolnionych w drodze wypowiedzenia dokonanego przez pracodawcę, bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku ………………………………………………………….....

15. Liczba osób, którym został obniżony wymiar czasu pracy w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku ……………………………………………………………..

w tym liczba osób, którym został lub będzie obniżony wymiar czasu pracy na podstawie art. 15g ust. 8 lub 15gb ust. 1 ustawy COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze Starostą   
w związku z art. 15 zzf ustawy COVID-19: …………………… .

Uwaga:

Refundacja może zostać przyznana pracodawcy, jeżeli w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku o refundację oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji nie rozwiązał stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez pracodawcę bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników i nie obniżył wymiaru czasu pracy żadnemu pracownikowi, chyba że zmniejszenie wymiaru czasu pracy pracownika nastąpiło na podstawie art. 15g ust. 8 lub 15gb ust. 1 ustawy COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze Starostą w związku z art. 15 zzf ustawy COVID-19 .

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

1. Opis planowanego przedsięwzięcia:

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

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

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

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

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

## **III. DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA SKIEROWANYCH BEZROBOTNYCH:**

1. Liczba stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych ……………………………………………..

2. Nazwa stanowiska/ stanowisk pracy:

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

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

3. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanego(ych) bezrobotnego(ych):

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 m-ce):

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

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

**IV. 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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

**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 z poręczeniem wekslowym.

3. Gwarancja bankowa.

4. Zastaw na prawach lub rzeczach.

5. Blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym.

6. Akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika.

Proszę wybrać proponowaną formę zabezpieczenia i wpisać poniżej:

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

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

(pieczęć pracodawcy) (podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentowania pracodawcy)

Wymagane załączniki:

1. Wypełniony formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis

2. Oświadczenie dotyczące posiadania statusu płatnika podatku VAT

**VIII. OŚWIADCZENIE**

**Świadomy, odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, niniejszym oświadczam,   
co następuje:**

1. Nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek   
na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.

2. Nie zalegam z opłacaniem w terminie innych danin publicznych.

3. Nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.

4. Prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, nie licząc do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej okresu zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej, a w przypadku przedszkola i szkoły, prowadzę działalność na podstawie ustawy   
z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo oświatowe przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.

5. W okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem karany 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.

6. Nie rozwiązałem stosunku pracy z żadnym pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie, 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 .

7. W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia niniejszego wniosku nie obniżyłem wymiaru czasu pracy żadnego pracownika i nie obniżę wymiaru czasu pracy żadnego pracownika w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.\*

8. W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia niniejszego wniosku obniżyłem wymiaru czasu pracy pracownika lub zamierzam obniżyć wymiar czasu pracy pracownika w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy   
z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem   
i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych lub   
na podstawie aneksu do umowy zawartej ze Starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19.\*

9. Nie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem sądu za naruszenie praw pracowniczych.

10. Jestem/nie jestem\* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia

2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

11. Ubiegam się/nie 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.

12. Wielkość pomocy de minimis otrzymanej w bieżącym roku podatkowym wynosi łącznie: ………………..………………….., w tym pomocy w rolnictwie: ………………..………………….., transporcie: ………………..………………….., rybołówstwie: ………………..………………………………

13. Wielkość pomocy de minimis otrzymanej w dwóch poprzedzających bieżący rok latach podatkowych wyniosła łącznie: ………………..…………….., w tym pomocy w rolnictwie: ………………..………………….., transporcie: ……………………………….., rybołówstwie: ……………

14. 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: ..………………………….…………………………………………………………………………………..

15. Jestem świadomy/a, że przyznane środki Funduszu Pracy stanowią pomoc de minimis w rozumieniu przepisów rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1 z późn. zm.), rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 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.) i spełniam warunki zawarte w ww. przepisach.

17. 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.

18. Wszystkie dane podane przeze mnie we wniosku są prawdziwe.

\* należy zaznaczyć odpowiednio pkt 7 lub 8

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

(miejscowość) (pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionych

do reprezentowania pracodawcy)

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)