......................................................... ………………………….., dnia .............................

 (pieczątka wnioskodawcy) (miejscowość)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Bielsku Podlaskim**

# WNIOSEK

**o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego lub skierowanego poszukującego pracy niezatrudnionego i niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej**

składany przez:

1. przedsiębiorcę, w tym żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne;
2. niepubliczne przedszkole lub niepubliczną inną formę wychowania przedszkolnego, niepubliczną szkołę;
3. producenta rolnego;
4. przedsiębiorstwo społeczne.

na zasadach określonych w:

1. ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia;
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.).
5. **DANE WNIOSKODAWCY**
6. Nazwa wnioskodawcy lub imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej .......................

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

1. Adres siedziby lub adres miejsca zamieszkania ...............................................................

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

1. Miejsce prowadzenia działalności ...................................................................................

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

1. Adres do korespondencji: (jeżeli jest inny niż siedziby lub miejsca zamieszkania) ………………………………………………………………………………………………..………….………………………
2. Numer telefonu …….…………………………..…………, e-mail ….…….....................………….………,

 adres e-doręczeń ………………………….……………………………………………………..…………………..…

1. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej: ……………………..……..…………..,

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

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

1. Numer identyfikacyjny w krajowym rejestrze urzędowym podmiotów gospodarki narodowej (REGON) ......................................................................, jeżeli został nadany, numer identyfikacji podatkowej (NIP) ...........................................................................,

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

1. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) .……………………………………………………………………………………
2. Mikroprzedsiębiorca[[1]](#footnote-1)Tak □ Nie □, Liczba zatrudnionych pracowników …………………….
3. Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności …..…………………..………………………..

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

1. Nazwa banku i numer rachunku bankowego .……....………………………………………….………..

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

1. Osoby uprawnione do reprezentowania pracodawcy i podpisania umowy *(nazwisko i imię oraz stanowisko)* ……..………………………..………….……………………………..……………………

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

1. Rodzaj prowadzonej działalności (*krótki opis działalności*)

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

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

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

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

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

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

1. Uzasadnienie potrzeby zatrudnienia nowego pracownika

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

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

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

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

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

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

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

## **DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA SKIEROWANEGO BEZROBOTNEGO LUB** **POSZUKUJĄCEGO PRACY NIEZATRUDNIONEGO I NIEWYKONUJĄCEGO INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

1. Nazwa stanowiska pracy .…………………………………………………………………………………..……….
2. Liczba wyposażanych lub doposażonych stanowisk pracy .……………….……………….…………
3. Wymiar czasu pracy .………………………………………………….……………………………………….………
4. Rodzaj wykonywanej pracy

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

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

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

1. Miejsce wykonywania pracy .……………………………………………………………………………..……….

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

1. Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy

- poziom wykształcenia .……………………………………………………………………………………….…….,

- umiejętności, uprawnienia .…………………………………………………………………………….…………

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

- doświadczenie zawodowe ….……………………………………………………………………………………..

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

- znajomość języków obcych .……………………………………………………………………………………….

- inne .…………………………………………………………………………………………………………………….……

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

1. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto ….………………………………………………….
2. Proponowany okres zatrudnienia ….……………………………………………………………………………
3. **WNIOSKOWANA KWOTA REFUNDACJI ........................................... BRUTTO/NETTO\***
4. Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie poszczególnych stanowisk pracy oraz źródła ich finansowania

 Nazwa stanowiska …………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj wydatków\*\* | Zakupnowy/używany | Źródła finansowania wyposażonegolub doposażonego stanowiska pracy | Kwotarefundacji |
| Środki własne | Środki Funduszu Pracy |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| Razem: |  |  |  |

\*niewłaściwe skreślić

\*\*przeznaczonych na zakup środków trwałych, urządzeń i maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowisk pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii

**Uwaga**

**W przypadku gdy wnioskodawcy przysługuje prawo obniżenia podatku od towarów i usług należnego o kwotę podatku naliczonego, refundacja obejmuje wydatki na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy bez podatku od towarów i usług.**

1. 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)

Nazwa stanowiska ………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj zakupu (nazwa) | Przewidywany termin zakupu | Przewidywane koszty zakupu |
| Cena netto | Podatek VAT |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |
| Razem: |  |  |

**SZCZEGÓŁOWE UZASADNIENIE CELOWOŚCI KAŻDEGO Z PRZEDSTAWIONYCH ZAKUPÓW**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji
2. poręczenie;
3. weksel in blanco;
4. weksel z poręczeniem wekslowym (aval);
5. gwarancja bankowa;
6. zastaw rejestrowy na prawach lub rzeczach;
7. blokada środków zgromadzonych na rachunku płatniczym;
8. 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.**

**Powiatowy Urząd Pracy w Bielsku Podlaskim może odmówić przyjęcia zaproponowanego zabezpieczenia, jeżeli uzna, że wskazane zabezpieczenie nie jest wystarczające do pokrycia zobowiązań, które mogą powstać w związku z nieprawidłową realizacją umowy.**

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

 (podpis i pieczątka osoby uprawnionej

 do reprezentowania wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Oświadczenie przedsiębiorcy, w tym żłobka lub klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne, niepublicznego przedszkola lub niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego, niepublicznej szkoły - załącznik nr 1;
2. Oświadczenie producenta rolnego - załącznik nr 2;
3. Oświadczenie przedsiębiorcy, w tym żłobka lub klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne - załącznik nr 3;
4. Oświadczenie przedsiębiorstwa społecznego - załącznik nr 4;
5. Oświadczenie o pomocy de minimis - załącznik nr 5;
6. Klauzula informacyjna - załącznik nr 6 i 6a;
7. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis - załącznik nr 7 lub formularz informacjiprzedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie - załącznik nr 7a;
8. Oświadczenie dotyczące posiadania statusu płatnika podatku VAT - załącznik nr 8;
9. Oferty i specyfikacje planowanych zakupów.
10. 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.

**Pouczenie**

1. Wysokość refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy jest określona w umowie i stanowi:
2. nie więcej niż 4-krotność przeciętnego wynagrodzenia albo
3. więcej niż 4-krotność, jednak nie więcej niż 6-krotność przeciętnego wynagrodzenia.

Przeciętne wynagrodzenie, o którym mowa wyżej jest przyjmowane w wysokości obowiązującej w dniu zawarcia umowy.

1. Wnioskodawca nie może otrzymać finansowania formy pomocy z Funduszu Pracy w części, w której te same koszty zostały sfinansowane z innych środków publicznych.
2. W przypadku sfinansowania z Funduszu Pracy tych samych kosztów, na które zostały przekazane inne środki publiczne, środki Funduszu Pracy podlegają zwrotowi w terminie 14 dni od dnia doręczenia wezwania do ich zwrotu. Zwrot środków następuje z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych naliczonymi od dnia przekazania środków.
3. W przypadku wykorzystania stanowiska pracy w pracy zmianowej wysokość przyznanej refundacji określona w umowie stanowi kwotę nie wyższą niż iloczyn kwoty, o której mowa w ust. 4 pkt 1 albo 2 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, oraz liczby skierowanych bezrobotnych lub skierowanych poszukujących pracy, o których mowa w art. 147 ust. 1 pkt 3 ww. ustawy, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy zatrudnionych na tym stanowisku pracy.

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

(wypełnia PUP)

**Wniosek sprawdzono pod względem formalnym**

……………………..…………………………………….

(data, podpis i pieczęć pracownika PUP)

Wnioskodawca **spełnia warunki/nie spełnia warunków\*** określone/ych w przepisach ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz rozporządzenia 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, do przyznania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.

\*niewłaściwe skreślić

………………………..……………………

 (data i podpis 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)

1. Wstawić X przy właściwej odpowiedzi. Mikroprzedsiębiorca to przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki: zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczających równowartości w złotych 2 milionów euro lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro (art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców). Wyrażone w euro wielkości przelicza się na złote według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski w ostatnim dniu roku obrotowego wybranego do określenia statusu przedsiębiorcy. Średnioroczne zatrudnienie określa się w przeliczeniu na pełne etaty, nie uwzględniając pracowników przebywających na urlopach macierzyńskich, urlopach na warunkach urlopu macierzyńskiego, uzupełniających urlopach macierzyńskich, urlopach ojcowskich, urlopach rodzicielskich, urlopach opiekuńczych i urlopach wychowawczych, a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego. W przypadku przedsiębiorcy działającego krócej niż rok, jego przewidywany obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych, a także średnioroczne zatrudnienie oszacowuje się na podstawie danych za ostatni okres, udokumentowany przez przedsiębiorcę. [↑](#footnote-ref-1)