



**Powiatowy Urząd Pracy
w Olkuszu**

Nr wniosku:

WNIOSEK

o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla: skierowanego bezrobotnego, skierowanego opiekuna osoby niepełnosprawnej lub skierowanego poszukującego pracy absolwenta* w 2024 roku.

*niepotrzebne skreślić

Wnioskowana kwota refundacji:

Słownie:

Liczba wyposażanych lub
doposażanych stanowisk pracy:

Data wpływu do Urzędu

Miejsce wykonywania pracy
skierowanej osoby:

DANE WNIOSKODAWCY

Nazwa:

Adres siedziby:

Adres zamieszkania:

Telefon:

e-mail:

PESEL:
dotyczy osób fizycznych

REGON:
jeżeli został nadany

NIP:

Data rozpoczęcia prowadzenia
działalności:

PKD w ramach którego
tworzone jest miejsce pracy:

KRS:

Forma prawna działalności:

Wielkość przedsiębiorstwa:

jednoosobowa
działalność gospodarcza

mikro

małe

średnie

duże

SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA WYDATKÓW I KALKULACJA WYDATKÓW dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.

| L.p. | Nazwa stanowiska pracy według klasyfikacji zawodów i specjalności | Wyszczególnienie zakupu (w szczególności zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami BHP oraz wymaganiami ergonomii) | Ilość | Uzasadnienie wydatku | Źródła finansowania | |
|------|---|---|-------|----------------------|------------------------|-----------------------|
| | | | | | Środki własne (brutto) | Środki z PUP (brutto) |
| | | | | | 1 | 2 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA WYDATKÓW I KALKULACJA WYDATKÓW dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.

| L.p. | Nazwa stanowiska pracy według klasyfikacji zawodów i specjalności | Wyszczególnienie zakupu (w szczególności zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami BHP oraz wymaganiami ergonomii) | Ilość | Uzasadnienie wydatku | Źródła finansowania | |
|---------------|---|---|-------|----------------------|------------------------|-----------------------|
| | | | | | Środki własne (brutto) | Środki z PUP (brutto) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Razem: | | | | | | |

Uwaga! Zmiana specyfikacji wydatków wymaga zgody PUP.

Uwagi:

| INFOMACJE O TWORZONYM MIEJSCU PRACY | |
|---|--|
| Nazwa zawodu wg klasyfikacji zawodów i specjalności wraz z obowiązującymi kodami zawodów | |
| Rodzaj wykonywanej pracy: | |
| Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie niezbędne do wykonywania pracy | |
| Wykształcenie: | |
| Uprawnienia: | |
| Doświadczenie zawodowe: (staż pracy) | |
| OFERTA PRACODAWCY | |
| Wysokość wynagrodzenia brutto: | |
| Tryb pracy: (odpowiednio zaznaczyć) | <input type="checkbox"/> jedna zmiana <input type="checkbox"/> dwie zmiany <input type="checkbox"/> trzy zmiany <input type="checkbox"/> ruch ciągły <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> inne |
| Zatrudnienie po okresie obowiązkowego zatrudnienia tj. 24 miesięcy: (podać liczbę miesięcy) | |
| Wymiar czasu pracy: (co najmniej połowa wymiaru czasu pracy na doposażonym stanowisku pracy dotyczy: skierowanego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej; bezrobotnego lub opiekuna osoby niepełnosprawnej lub skierowanego poszukującego pracy absolwenta zatrudnionego wyłącznie w żłobku, klubie dziecięcym lub podmiocie świadczącym usługi rehabilitacyjne dla dzieci niepełnosprawnych) | |
| PREFEROWANE ZABEZPIECZENIE REFUNDACJI (zaznaczyć właściwą formę) | |
| <input type="checkbox"/> poręczenie <input type="checkbox"/> blokada środków na rachunku bankowym <input type="checkbox"/> gwarancja bankowa | |
| Uwaga! Wniosek niekompletny i nieprawidłowo wypełniony nie zostanie uwzględniony do rozpatrzenia. | |

ZAŁĄCZNIKI

1. Oświadczenie wnioskodawcy.
2. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis.
3. Formularz pomocy de minimis.
4. Pełnomocnictwo do reprezentowania Wnioskodawcy udzielone przez uprawnione osoby.
5. Kserokopię umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego.

Data i Podpis Wnioskodawcy

SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKU wypełnia PUP

- akceptuję do realizacji
 opiniuję negatywnie

Podpis Dyrektora PUP lub osoby upoważnionej

Oświadczenie wnioskodawcy *zaznaczyć właściwe

- Oświadczam**, że nie rozwiązałem stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot, producenta rolnego, przedszkole lub szkołę, żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne albo na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.
- Oświadczam**, że nie obniżyłem wymiaru czasu pracy pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.
- Oświadczam**, że prowadzę działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów z dnia 6 marca 2018 r.- Prawo Przedsiębiorców przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej *nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej*, a w przypadku przedszkola i szkoły –prowadzeniu działalności na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r., - Prawo oświatowe przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.
- Oświadczam**, że posiadam gospodarstwo rolne w rozumieniu przepisów o podatku rolnym lub prowadzeniu działu specjalnego produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych lub przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych, przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (dotyczy tylko producentów rolnych).
- Oświadczam**, że nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
- Oświadczam**, że nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
- Oświadczam**, że nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
- Oświadczam**, że w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem(łam) karany(a) za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.
- Oświadczam**, iż nie byłam/em karana/y karą zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

Data i Podpis Wnioskodawcy

Będąc poinformowany(na) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 §1 Kodeksu Karnego , tj.

§ 1. Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi - kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto wbrew ciążącemu obowiązkowi, nie powiadamia właściwego podmiotu o powstaniu sytuacji mogącej mieć wpływ na wstrzymanie albo ograniczenie wysokości udzielonego wsparcia finansowego, określonego w § 1, lub zamówienia publicznego albo na możliwość dalszego korzystania z instrumentu płatniczego.

§ 3. Nie podlega karze, kto przed wszczęciem postępowania karnego dobrowolnie zapobiegł wykorzystaniu wsparcia finansowego lub instrumentu płatniczego, określonych w § 1, zrezygnował z dotacji lub zamówienia publicznego albo zaspokoił roszczenia pokrzywdzonego.

- Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku oraz oświadczeniu są zgodne z prawdą.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z wykonywaniem zadań Powiatowego Urzędu Pracy w Olkuszu. Zostałem poinformowany o przysługującym mi prawie wglądu i poprawianiu moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych.

Podpis Wnioskodawcy

Oznaczenie Wnioskodawcy

Oświadczenie Wnioskodawcy
o braku podstaw wykluczenia z otrzymania wsparcia ze środków publicznych unijnych i krajowych, wynikającego z nałożenia sankcji na podmioty i osoby, które w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji Rosyjskiej lub są za nie odpowiedzialne

Jako Wnioskodawca wsparcia: **Refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy**

oświadczam/oświadczamy, iż nie jestem/nie jesteśmy związany/związani z osobami lub podmiotami, względem których nałożono sankcje wynikające ze wsparcia agresji na Ukrainę i które figurują na stosownych listach, zarówno unijnych, jak i krajowych oraz sam/sami nie znajdujemy się na takich listach.

Data i podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej