|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Z:\LOGO\znak_UP_rgb.png | **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 2025 roku.** \*niepotrzebne skreślić |
| Wnioskowana kwota refundacji: |  | Data wpływu do Urzędu |
| Słownie: |  |
| Liczba wyposażanych lub doposażanych stanowisk pracy: |  |
| Miejsce wykonywania pracy skierowanej osoby: |  |
| **DANE WNIOSKODAWCY** |
| Nazwa lub imię i nazwisko (dotyczy osoby fizycznej): |  |
| Adres siedziby: |  |
| Adres do korespondencji: |  |
| Adres zamieszkania: |  |
| Telefon: |  |
| e-mail: |  |
| PESEL:(dotyczy osób fizycznych, jeżeli został nadany) |  |
| REGON:(jeżeli został nadany) |  |
| NIP: |  |
| Data rozpoczęcia prowadzenia działalności: |  |
| PKD w ramach którego tworzone jest miejsce pracy: |  |
| Nr KRS: |  |
| Forma prawna prowadzonej działalności: |  |
| Wielkość przedsiębiorstwa:🞎 przedsiębiorca niezatrudniający pracowników 🞎 mikro🞎 małe🞎 średnie🞎 duże**mikroprzedsiębiorstwo** - zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 2 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów euro.**małe przedsiębiorstwo** - zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów euro.**średnie przedsiębiorstwo** - zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów euro.**duże przedsiębiorstwo** - przedsiębiorstwo nie spełniające warunków wymienionych w powyższych punktach. |
| Płatnik podatku VAT:🞎 tak🞎 nie |
| **Nr rachunku bankowego, na który PUP ma przelać kwotę refundacji:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Krótka charakterystyka działalności:  |
| Osoba upoważniona do kontaktu z PUP |
| Imię i Nazwisko: |
| Telefon: |

|  |
| --- |
| **DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA****Pamiętaj!** Do stanu zatrudnienia nie wlicza się: osób zatrudnionych na umowy zlecenia, umowy o dzieło, umowy o pracę nakładczą, uczniów. |
| Liczba osób zatrudnionych na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy: |  |
| Informacja o stanie zatrudnienia w ciągu ostatnich 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku |
| Lp. | Miesiąc i rok | Liczba pracowników  | Przyczyny/sposób rozwiązania stosunku pracy z pracownikiem |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **PROPONOWANY KANDYDAT DO ZATRUDNIENIA** |
| Imię i Nazwisko: |
| Data urodzenia: |
| Adres zamieszkania: |

| **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. |

|  |
| --- |
| **INFOMACJE O TWORZONYM MIEJSCU PRACY** |
| **Nazwa zawodu** wg klasyfikacji zawodów i specjalności wraz z obowiązującymi kodami zawodów |  |
| Rodzaj wykonywanej pracy (opis zadań): |
| **Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie niezbędne do wykonywania pracy** |
| Wykształcenie: |
| Uprawnienia: |
| Doświadczenie zawodowe:(staż pracy) |
| **OFERTA PRACODAWCY** |
| Wysokość wynagrodzenia brutto: |
| Tryb pracy (odpowiednio zaznaczyć): | 🞎 jedna zmiana🞎 dwie zmiany🞎 trzy zmiany🞎 ruch ciągły🞎 nie dotyczy🞎 inne |
| Zatrudnienie po okresie obowiązkowego zatrudnieniatj. 24 miesięcy:(podać liczbę miesięcy) |
| Wymiar czasu pracy:(co najmniej połowa wymiaru czasu pracy na doposażonym stanowisku pracy dotyczy: skierowanego bezrobotnego lub opiekuna osoby niepełnosprawnej lub skierowanego poszukującego pracy absolwenta zatrudnionego wyłącznie w żłobku, klubie dziecięcym lub podmiocie świadczącym usługi rehabilitacyjne dla dzieci niepełnosprawnych)  |
| **ZABEZPIECZENIE REFUNDACJI** (zaznaczyć właściwą formę) |
| 🞎 poręczenie🞎 blokada środków zgromadzonych na rachunku płatniczym🞎 gwarancja bankowa🞎 weksel z poręczeniem wekslowym (aval)🞎 zastaw rejestrowy na prawach lub rzeczach🞎 weksel in blanco🞎 akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnikaW przypadku zabezpieczenia w formie weksla in blanco lub aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji jest konieczne ustanowienie dodatkowego zabezpieczenia. |
| **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.
6. W przypadku producenta rolnego – dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie 6 m-cy 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.
 |
| Data i Podpis Wnioskodawcy |

|  |
| --- |
| **SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKU** wypełnia PUP |
| 🞎 akceptuję do realizacji🞎 opiniuję negatywnie |
| Podpis Dyrektora PUP lub osoby upoważnionej |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oświadczenie wnioskodawcy**

|  |
| --- |
|  |

**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 niedotyczących 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 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 niedotyczących pracowników 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 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej *nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarcze*j, 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 Solidarnościowy, 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 czerwca1997 r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. 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 |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **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** |

Oznaczenie Wnioskodawcy/Pieczęć firmowa

|  |
| --- |
| 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 |