|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Z:\LOGO\znak_UP_rgb.png | **Powiatowy Urząd Pracy w Olkuszu** | Nr wniosku: |
|  |  | WnDop/25/ |
| **WNIOSEKo refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w 2025 roku\*.****\*jeden wniosek na jedno stanowisko, wyjątek praca zmianowa** | Data wpływu do Urzędu |
| **Forma organizacyjna:(odpowiednie zaznaczyć)** |
|[ ]  przedsiębiorca |
|[ ]  niepubliczne przedszkole, niepubliczna szkoła, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. - Prawo oświatowe |
|[ ]  producent rolny |
|[ ]  przedsiębiorca lub przedsiębiorstwo społecznego, prowadzący działalność polegającą na świadczeniu usług rehabilitacyjnych |
|[ ]  przedsiębiorca wnioskujący o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dziennego opiekuna sprawującego opiekę nad co najmniej jednym dzieckiem niepełnosprawnym dla skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy |
| **Podatnik podatku VAT:** | [ ]  TAK | [ ]  NIE | **Liczba stanowisk:** |  |
| **Wnioskowana kwota:** W przypadku przysługiwania prawa do obniżenia podatku od towarów i usług należnego o kwotę podatku naliczonego, refundacja będzie obejmowała wydatki bez podatku od towarów i usług. |
| [ ]  | do 35 000 zł | - utrzymanie stanowiska i zatrudnienie osoby skierowanej przez 12 miesięcy |
| [ ]  | do 45 000 zł | - utrzymanie stanowiska i zatrudnienie osoby skierowanej przez 18 miesięcy |
| Miejsce wykonywania pracy skierowanej osoby: |  |
| **DANE WNIOSKODAWCY:** (w przypadku żłobka lub klubu dziecięcego należy podać dane osoby fizycznej, osoby prawnej i jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej, która utworzyła i prowadzi żłobek lub klub dziecięcy) |
| Nazwa lub imię i nazwisko, w przypadku osoby fizycznej: |  |
| NIP: |  | REGON: |  |
| Data rozpoczęcia prowadzenia działalności: |  | KRS: (jeżeli dotyczy) |  |
| PKD w ramach którego tworzone jest miejsce pracy: |  | Telefon: |  |
| PESEL:(dotyczy osób fizycznych, jeżeli został nadany) |  |
| Adres siedziby: |  |
| Miejsce prowadzenia działalności: |  |
| Adres do korespondencji: |  |
| Adres zamieszkania: |  |
| **Forma prawna:** (odpowiednie zaznaczyć) |
| [ ]  osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą | [ ]  spółka z o.o. | [ ]  spółka jawna |
| [ ]  spółka cywilna | [ ]  spółka akcyjna  | [ ]  inna: (wpisać jaka) …………………………………… |
| [ ]  osoba fizyczna prowadząca gospodarstwo rolne lub dział specjalny produkcji rolnej  |
| **Osoby reprezentujące Wnioskodawcę:** | **Osoby zarządzające Wnioskodawcą:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Wielkość przedsiębiorstwa:** | [ ]  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. |
| **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. |
| Informacja o stanie zatrudnienia w ciągu ostatnich 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku. |
| Lp. | Miesiąc/rok: | Liczba pracowników | Przyczyny/sposób rozwiązania stosunku pracy z pracownikiem (podać podstawę prawną) |
|  |  | osoby | w przeliczeniu na pełne etaty |  |
|  | Na dzień składania wniosku: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Przykład wyliczenia liczby pracowników na osoby i na pełne etaty | Pracownicy w podziale na etaty | Przeliczenie na pełne etaty |
| 1 osoba (pełny etat) | 1 x 1 etat = 1 |
| 4 osoby (1/2 etatu) | 4 x ½ etatu = 2 |
| 2 osoby (1/4 etatu) | 2 x ¼ etatu = 0,5 |
| 1 osoba (1/8 etatu) | 1 x 1/8 etatu = 0,13 |
| **8 osób** | **3,63 etaty** |

 |
| Wyjaśnienia dodatkowe: kiedy został uzupełniony stan zatrudnienia lub wymiar czasu pracy: |
| Uwagi:Wypełnia PUP |

| **SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA WYDATKÓW I KALKULACJA WYDATKÓW dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.** |
| --- |
| **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** | **Środki z PUP** **(w przypadku podatników podatku VAT wydatki należy wykazać w kwocie netto)** | **Środki własne** |
| **Kwota netto** | **Kwota brutto** | **Kwota brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
|  |  |  |   |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |
| Uwaga! Zmiana specyfikacji wydatków wymaga zgody Dyrektora lub osoby upoważnionej. |

|  |
| --- |
| **INFOMACJE O TWORZONYM MIEJSCU PRACY** |
| **Nazwa zawodu** wg klasyfikacji zawodów i specjalności wraz z obowiązującymi kodami zawodów |  |
| Rodzaj pracy jaka będzie wykonywana (opis zadań): |
| **Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie niezbędne do wykonywania pracy** |
| Wykształcenie: |  |
| Uprawnienia: |  |
| Doświadczenie zawodowe:(staż pracy) |  |
| **OFERTA PRACODAWCY:** |
| Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto: | [ ]  minimalne obowiązujące w 2025 r. - 4 666 zł brutto |
|  | [ ]  inne:  |
| Tryb pracy (odpowiednio zaznaczyć): | [ ]  jedna zmiana | [ ]  dwie zmiany |
|  | [ ]  trzy zmiany | [ ]  ruch ciągły |
|  | [ ]  nie dotyczy | [ ]  inne: |
| Zatrudnienie po okresie 12 lub 18 m- cy obowiązkowego zatrudnienia: | [ ] okres preferowany 90 dni |
|  | [ ]  inny: (jaki?) |
| Wymiar czasu pracy: | [ ]  skierowanej osoby bezrobotnej w pełnym wymiarze czasu pracy |
|  | [ ]  skierowanego opiekuna co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy. Jeżeli inny podać wymiar czasu pracy: |
| **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 dłużnika |
| W 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 niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.
3. Oświadczenie o niekaralności - oświadczenie składa Wnioskodawca, osoba reprezentująca Wnioskodawcę lub osoby zarządzające Wnioskodawcą.
4. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis.
5. Formularz pomocy de minimis.
6. Pełnomocnictwo do reprezentowania Wnioskodawcy udzielone przez uprawnione osoby.
7. Kserokopię umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego.
8. Kserokopię dokumentu potwierdzającego prowadzenie działalności we wskazanym miejscu (dotyczy przypadku, kiedy miejsce prowadzenie działalności nie widnieje w dokumencie CEIDG/KRS lub innym dokumencie potwierdzającym prowadzenie działalności gospodarczej).
9. 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 na dzień złożenia wniosku.** |
| **Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**[ ]  **Oświadczam**, że w okresie ostatnich 2 lat nie byłem(łam)prawomocnie skazany(a) za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego. [ ]  **Oświadczam**, że przez ostatnie 6 miesięcy wykonywałem(łam)**\*** działalność gospodarczą*, w rozumieniu przepisów z dnia 6 marca 2018 r.- Prawo Przedsiębiorców, przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej*, a w przypadku niepublicznego przedszkola lub niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego, niepublicznej szkoły – działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r., - Prawo oświatowe. [ ]  **Oświadczam,** że w okresie ostatnich 6 miesięcy nie zmniejszyłem(łam) wymiaru czasu pracy i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy *tj. wypowiedzenie ze strony pracodawcy lub na mocy porozumienia stron niedotyczących pracowników,* a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – uzupełniłemwymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia.[ ]  **Oświadczam**, że nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.[ ]  **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, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wypłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.[ ]  **Oświadczam**, że na dzień złożenia wniosku dopełniłem(łam) obowiązku zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych pracowników lub innych osób podlegających obowiązkowi zgłoszenia do ubezpieczeń.[ ]  **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 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.[ ]  **Oświadczam**, że posiadam gospodarstwo rolne w rozumieniu przepisów o podatku rolnym lub prowadzę dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych lub przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych, przez ostatnie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (dotyczy tylko producentów rolnych).[ ]  **Oświadczam**, że nie znajduję się w stanie likwidacji, restrukturyzacji i upadłości.[ ]  **Oświadczam,** że nie otrzymałem(łam) finansowania z innych środków publicznych na sfinansowanie wydatków objętych refundacją kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy i nie ubiegam się o takie finansowanie. |
| Data i 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 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Powiatowy Urząd Pracy w Olkuszu** |
| **Załącznik nr 3** | **Oświadczenie o niekaralności:** |
| Imię i Nazwisko: |  |
| PESEL: |  |
| Jestem: | [ ]  Wnioskodawcą. |
| [ ]  Osobą reprezentującą Wnioskodawcę. |
| [ ]  Osobą zarządzającą Wnioskodawcą. |
| [ ]  | **Oświadczam**, że w okresie ostatnich 2 lat nie byłem(łam)prawomocnie skazany(a) za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego. |
| [ ]  | **Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.** |
| [ ]  | **Oświadczam,** że 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. |
| (data i podpis osobyskładającej oświadczenie) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Powiatowy Urząd Pracy w Olkuszu** |
| **Załącznik nr 4** | **OŚWIADCZENIE O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS:** |
| Nazwa Wnioskodawcy |  |
| Adres siedziby: |  |
| Oświadczam, że w okresie minionych trzech lat: | [ ]  **nie otrzymałem (am)** pomocy de minimis |
| [ ]  **otrzymałem (am)** pomoc de minimis | zł |
| euro |
| Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy o refundację o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, otrzymam pomoc publiczną. |
| (data i czytelny podpis Wnioskodawcy |