…………………………………………………. ***znak sprawy: CI..5120.……..….2025***

 **(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)**

 Powiatowy Urząd Pracy

 w Jeleniej Górze

# W N I O S E K

**o refundację ze środków Funduszu Pracy kosztów wyposażenia**

**lub doposażenia stanowisk pracy**

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 20.03.2025 roku o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025r. poz.620).

- Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14.07.2017 roku w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania bezrobotnemu środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 243 ze zm.), zwane dalej rozporządzeniem.

- Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2025 r. poz.468 ze zm.).

- Rozporządzenie Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu
o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023r.).

- Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. 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 , Dz. Urz. UE L 51I z 22.02.2019r.).

- Ustawa - Prawo przedsiębiorców z dnia 6 marca 2018r. (Dz.U. z 2024r. poz. 236 ze zm.).

- Ustawa z dnia 12.03.2022 o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa
(Dz. U. z 2025 r. poz. 337 ze zm.).

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko / nazwaWnioskodawcyi adres siedziby |  |
| Wnioskodawcą jest( zaznaczyć „x” we właściwej kratce) | □ przedsiębiorca,□ niepubliczne przedszkole lub niepubliczna inna forma wychowania przedszkolnego□ niepubliczna szkoła□ producent rolny□ żłobek lub klub dziecięcy tworzony i prowadzony przez osoby  fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające  osobowości prawnej, o których mowa w przepisach o opiece nad  dziećmi w wieku do 3 lat, □ przedsiębiorstwo społeczne świadczące usługi rehabilitacyjne dla  dzieci niepełnosprawnych, w tym usługi mobilne |
| Tel. | Email:  | Czy pracodawca posiada skrzynkę do e-doręczeń:□ TAK □ NIE |
| NIP:  | REGON: | KRS: |
| PKD (związane z tworzonym stanowiskiem pracy) |  |
| Data rozpoczęcia działalności: |  |
| Czy Podmiot jest czynnym podatnikiem VAT | □ TAK □ NIEPodstawa zwolnienia…………………………………. |
| Nazwa banku i numer rachunku bankowego wnioskodawcy – do dokonania refundacji………………………………………………………………  |
| Dane osoby/ osób umocowanej/ych do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy oraz do jego reprezentacji:- imię i nazwisko- tel. kontaktowy |  |
| Imię i nazwisko osoby prowadzącej sprawykadrowe – numer telefonu |  |
|  |

**Informacje o właścicielach/ osobach reprezentujących Wnioskodawcę *( dotyczy tylko osób fizycznych)***

|  |
| --- |
| **DANE WŁAŚCICIELA/ WSPÓLNIKA s.c.** |
| Imię i nazwisko |  |
| PESEL |  | telefon |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Adres korespondencyjny |  |
| Stan cywilny *(zaznaczyć x przy właściwej odpowiedzi)* | □ wolny□ pozostaję w związku małżeńskimRozdzielność majątkowa□TAK □ NIESeparacja sądowa□TAK □ NIE |
| **DANE WSPÓLNIKA** |
| Imię i nazwisko |  |
| PESEL |  | telefon |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Adres korespondencyjny |  |
| Stan cywilny *(zaznaczyć x przy właściwej odpowiedzi)* | □ wolny□ pozostaję w związku małżeńskimRozdzielność majątkowa□TAK □ NIESeparacja sądowa□TAK □ NIE |

**\*)** w przypadku większej liczby wspólników dane osobowe pozostałych osób dołączyć na osobnej kartce

1. **INFORMACJA O STANIE ZATRUDNIENIA**

**Niniejszym oświadczam, że:**

**Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełen etat wynosi ………………………… etaty/ów** \*) (do liczby pracowników nie należy wliczać: właściciela firmy, osób świadczących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych -. umowa zlecenie, umowa o dzieło ),

**Stan zatrudnienia w 6 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku wynosił:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Miesiąc/ rok** | **Liczba zatrudnionych** | **Stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **DANE DOTYCZĄCE PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

**Przedmiot działalności – branża, główne produkty lub usługi. itp.**

**dot. wnioskowanego stanowiska pracy.**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **INFORMACJA DOTYCZĄCA WNIOSKOWANYCH STANOWISK PRACY:**
2. Liczba wnioskowanych stanowisk pracy dla skierowanych: (*zakreślić i wpisać wybrane*)

□ bezrobotnych - ……………. stanowisk

□ poszukujących pracy niezatrudnionych i niewykonujących innej pracy zarobkowej opiekunów

 osoby niepełnosprawnej - …………… stanowisk

1. Rodzaj tworzonych stanowisk pracy oraz wymagania wobec przyszłych pracowników\*)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa stanowiska | Nazwa zawodu(zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności) \*) | Liczba miejsc pracy | Wymiar czasu pracy \*) | Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |

Uwaga:

\*)

- informacje zawarte w punkcie 2 powinny być zgodne z treścią „ zgłoszenia krajowej oferty pracy” stanowiącej zał. nr 5 do wniosku,

- klasyfikacja zawodów dostępna na stronie internetowej:

 <http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci>

- **pełny wymiar czasu pracy**- w przypadku tworzenia stanowisk pracy przez przedsiębiorcę, niepubliczne przedszkole lub szkołę i producenta rolnego,

**- nie mniej niż połowa wymiaru czasu pracy** - w przypadku skierowania do pracy poszukującego pracy niezatrudnionego i niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej lub skierowania bezrobotnego, poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej zatrudnionych na stanowisku zajmującym się sprawowaniem opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym lub świadczącym usługi rehabilitacyjne,

- wymagania wobec kandydatów do pracy określone powyżej obowiązują przez cały okres obowiązywania umowy. W przypadku rotacji na stanowisku w trakcie trwania umowy w sytuacji braku osób spełniających w/w kryteria dopuszcza się możliwość kierowania do pracy kandydatów o kwalifikacjach niższych,

- w przypadku braku miejsca proszę załączyć informację w podobnym układzie na dodatkowym arkuszu.

 **Miejsce wykonywania pracy przez osoby skierowane przez Urząd (***podać dokładny adres):*

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

 **( miejscowość, ulica, numer domu, numer lokalu)**

1. **Oświadczam, że**

- w miejscu tworzenia stanowiska pracy pod ww. adresem prowadzę działalność gospodarczą na podstawie *\*) (skreślić niewłaściwe):*

1. umowy najmu/ umowy dzierżawy \*)
2. aktu własności\*)
3. innego dokumentu (wpisać jakiego)…………………………………………………………………

- w/w lokal wskazany w punkcie 2 spełnia wszelkie warunki techniczne, higieniczno-sanitarne oraz inne nałożone odrębnymi przepisami, niezbędne do prowadzenia działalności, lokal jest przystosowany do użytkowania i wykonywania pracy wskazanej we wniosku i po wyposażeniu w sprzęt zakupiony w ramach refundacji będzie spełniał wymagania bhp, ppoż i wymagania ergonomii:

□ TAK □ NIE □ NIE DOTYCZY

- lokal jest przystosowany do należytego przechowywania i zabezpieczenia elementów wyposażenia ujętych w specyfikacji planowanych zakupów:

□ TAK □ NIE □ NIE DOTYCZY

1. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez osoby skierowane - przewidywany zakres obowiązków na tworzonym/ych stanowisku/ach pracy (zgodne z rubryką nr 26 w druku „ zgłoszenia krajowej oferty pracy”):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

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

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

5. Deklarowany okres utrzymania refundowanego stanowiska pracy :

[ ]  12/18 m-cy (zależnie od przyznanej kwoty)

[ ]  dłużej niż 12/18 m-cy (co najmniej o 90 dni )

6. Kalkulacja planowanych wydatków

|  |  |
| --- | --- |
| Jestem czynnym podatnikiem VAT i wnioskuję o refundację w kwocie netto (w zł.) \*) | ……………………………………………….zł |
| Nie jestem podatnikiem VAT lub nie jestem czynnym podatnikiem VAT i wnioskuję o refundację w kwocie brutto (w zł.) \*)  | ……………………………………………….zł |
| Całkowity koszt planowanych zakupów: ………………………………………………………… złw tym: środki z Funduszu Pracy (kwota wnioskowana)……………………………………………zł środki własne/ inne .. ………...……………………………………………………………… zł  |

*\*) niewłaściwe skreślić*

INFORMACJA:

Wymagany okres utrzymania stanowiska pracy uzależniony jest od przyznanej kwoty refundacji:

- Kwota nie większa niż 4-krotność przeciętnego wynagrodzenia skutkuje obowiązkiem utrzymanie stanowiska pracy co najmniej przez 12 m-cy,

- Przyznanie wyższej kwoty refundacji (do 6-krotności przeciętnego wynagrodzenia) skutkuje obowiązkiem utrzymania stanowiska pracy co najmniej przez 18 m-cy.

W przypadku gdy podmiotowi 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 I HARMONOGRAM WYDATKÓW dot. wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy\*)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa stanowiska | **Przedmiot zakupu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa****(zł)** | **Wartość zakupów NETTO/BRUTTO\*)**  ***(kolumna 3 x 4*)** **(zł)** | **Wartość zakupu NETTO/BRUTTO \*) rozliczana w ramach refundacji w zł.** |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Suma ( zł)** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Suma (zł):** |  |  |

Uzasadnienie poszczególnych wydatków, biorąc pod uwagę ich wykorzystanie przez skierowanego bezrobotnego na tworzonym stanowisku pracy:

|  |
| --- |
| Nazwa stanowiska: |
| L.p. | Przedmiot zakupu | Sprzęt nowy/ używany  | Uzasadnienie celowości zakupu (z uwzględnieniem ceny) i przeznaczenia, biorąc pod uwagę zakres obowiązków pracownika |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| Nazwa stanowiska: |
| L.p. | Przedmiot zakupu | Sprzęt nowy/ używany | Uzasadnienie celowości zakupu ( z uwzględnieniem ceny) i przeznaczenia, biorąc pod uwagę zakres obowiązków pracownika |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

***Uwagi:***

* *W przypadku braku miejsca proszę załączyć kalkulacją wydatków oraz uzasadnienie zakupów w analogicznym układzie na dodatkowym arkuszu.*
* *Refundacji nie podlegają koszty poniesione przez Wnioskodawcę* ***przed dniem*** *zawarcia umowy o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy,* ***po dacie*** *zatrudnienia osoby skierowanej przez Urząd oraz te na które wnioskodawca otrzymał wcześniej środki publiczne.*
* *Suma wartości netto/brutto na każde stanowisko musi być zgodna z wnioskowaną kwotą refundacji.*
1. **FORMA ZABEZPIECZENIA ZWROTU REFUNDACJI**

W przypadku niedotrzymania warunków umowy o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy proponuję zabezpieczenie umowy w formie:

|  |
| --- |
| **FORMA ZABEZPIECZENIA \*)** |
| 1 | [ ]  - Poręczenie osób fizycznych 1. ………………………………………………………………………………………..……………………………. PESEL …………………………….

 ( imię i nazwisko poręczyciela1. ……………………………………………………………………………………………….……………………… PESEL …………………………….

 ( imię i nazwisko poręczyciela1. ………………………………………………………………………………………………………………………. PESEL …………………………….

 ( imię i nazwisko poręczyciela1. …………………………………………………………………………………………… …………………. PESEL …………………………….

 ( imię i nazwisko poręczyciela(*należy załączyć oświadczenia poręczycieli – zał. 4* ) |
| 2 | [ ]  - Blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym (należy załączyć dokument z banku potwierdzający posiadanie kwoty, która ma stanowić zabezpieczenie umowy wraz ze wskazaniem właściciela rachunku oraz numeru rachunku bankowego). |
| 3 | [ ]  - Gwarancja bankowa *(należy załączyć pismo/ list intencyjny z banku)* |
| 4 | [ ]  - Blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym wraz z poręczeniem  osoby fizycznej *(dane poręczyciela wpisać powyżej).* |
| 5 | [ ]  inne ( zgodne z ww. rozporządzeniem)- …………………………………………………………….. (  wskazać jakie) |
| ***\*) zaznaczyć „X” przy wybranej formie******Uwaga:******Poręczyciel powinien uzyskiwać dochód miesięczny nie mniejszy niż 5.400,- zł. brutto po odliczeniu miesięcznych kwot spłacanych zobowiązań wykazanych w oświadczeniu.****W przypadku blokady środków na rachunku bankowym lub gwarancji bankowej wymienionych w wierszu 2 i 3 tabeli – wartość zabezpieczenia powinna stanowić kwota = 150 % wartości przyznanej refundacji,* *Blokada środków na rachunku bankowym lub gwarancja bankowa są dokonywane po podpisaniu umowy z PUP.****Urząd przeprowadza analizę zaproponowanego zabezpieczenia z punktu widzenia gwarancji zwrotu pełnej kwoty zobowiązania wraz z odsetkami ustawowymi w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania Urzędu oraz skuteczności czynności egzekucyjnych.******Urząd może odmówić zaproponowanej przez Wnioskodawcę formy zabezpieczenia w przypadku stwierdzenia, iż będzie ono niewystarczające dla zaspokojenia ewentualnych roszczeń Urzędu.***  |

Wszelkie informacje podane w niniejszym wniosku, złożone oświadczenia oraz przedłożone jako załączniki dokumenty są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

**Data:** ......................................... …………………………………………………..

 **(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy)**

\*) niepotrzebne skreślić

**Wymagane załączniki do wniosku:**

1. **Oświadczenie** (na formularzu Urzędu) stanowiące *zał. nr 1*
2. **Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis** *(zał. 2)*
3. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis** *(zał. 3)*
4. Dokumenty poświadczające prawo do lokalu, w którym tworzone będą w ramach refundacji stanowiska pracy– w sytuacji, gdy dokumenty rejestracyjne firmy na dzień składania wniosku nie uwzględniają powyższej lokalizacji.
5. **Dokumenty dotyczące proponowanego zabezpieczenia zwrotu środków w tym np.:**

a/ **poręczenie osób fizycznych** - oświadczenia poręczycieli (na druku Urzędu*- zał. 4*),

b/ **gwarancja bankowa** - list intencyjny z właściwego banku,

c/ **blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym** – dokument z banku potwierdzający posiadanie kwoty, która ma stanowić zabezpieczenie umowy wraz ze wskazaniem właściciela rachunku
 i numeru rachunku bankowego na którym ma być ustanowiona blokada.

1. **Druk zgłoszenia wolnego miejsca pracy** *(zał. nr 5).*
2. Dokument dotyczący posiadanych umocowań do składania oświadczeń
i zaciągania zobowiązań w imieniu pracodawcy – o ile nie wynikają one z dokumentów rejestracyjnych.
3. Oświadczenie w zakresie podstaw wykluczenia podmiotu w oparciu o ustawę z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz.U. z 2025r., poz. 514).

**9.** Inne dokumenty – jeżeli wymaga tego charakter prowadzonej działalności gospodarczej (np. umowa spółki cywilnej, spółki jawnej).

*UWAGA:*

* *Każdy punkt wniosku powinien być wypełniony w sposób czytelny, a wszystkie wyznaczone pola uzupełnione.*
* *Kopie załączonych do wniosku dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną.*
* *Powiatowy Urząd Pracy zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych dokumentów, nie wymienionych
 w powyższych załącznikach, pozwalających na rozstrzygnięcie ewentualnych wątpliwości niezbędnych do rozpatrzenia niniejszego wniosku.*

Informacja:

Zgodnie z art. 73 ust. 4 ww. ustawy korzystający z form pomocy określonych w ustawie mają możliwość dokonania anonimowej ewaluacji w zakresie satysfakcji, jakości i trafności zaoferowanej pomocy.