

.....
(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

znak sprawy: CI.5120.....2025

**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 511 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.).

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko / nazwa Wnioskodawcy i 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:

*) zaznaczyć „X” we właściwym kwadracie

PKD (związane z tworzącym stanowiskiem pracy)																					
Data rozpoczęcia działalności:																					
Czy Podmiot jest czynnym podatnikiem VAT		☐ TAK ☐ NIE Podstawa zwolnienia																			
Nazwa banku i numer rachunku bankowego wnioskodawcy – do dokonania refundacji																					
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
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 sprawę kadrowe – 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 małżeńskim Rozdzielność majątkowa ☐ TAK ☐ NIE Separacja 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 małżeńskim Rozdzielność majątkowa ☐ TAK ☐ NIE Separacja sądowa ☐ TAK ☐ NIE																			

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

II. 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

III. DANE DOTYCZĄCE PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI

Przedmiot działalności – branża, główne produkty lub usługi itp. dot. wnioskowanego stanowiska pracy.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. INFORMACJA DOTYCZĄCA WNIOSKOWANYCH STANOWISK PRACY:

1. Liczba wnioskowanych stanowisk pracy dla skierowanych (*zakreślić i wpisać wybrane*):

☐ bezrobotnych - stanowisk

☐ poszukujących pracy niezatrudnionych i niewykonyujących innej pracy zarobkowej opiekunów osoby niepełnosprawnej - stanowisk

2. 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 niewykonywającego 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)

3. **Oświadczam, że**

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

- a) umowy najmu/ umowy dzierżawy *)
- b) aktu własności*)
- c) 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

4. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez osoby skierowane - przewidywany zakres obowiązków na tworzonej/y 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

*) *niewłaściwe skreślić*

INFORMACJA:

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

- kwota nie większa niż 4-krotność przeciętnego wynagrodzenia skutkuje obowiązkiem utrzymania 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.

V. 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 kalkulację 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.

VI. 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 *)	
	☐ - Poręczenie osób fizycznych 1. PESEL (imię i nazwisko poręczyciela) 2. PESEL (imię i nazwisko poręczyciela) 3. PESEL (imię i nazwisko poręczyciela) 4. PESEL (imię i nazwisko poręczyciela)
	(należy załączyć oświadczenia poręczycieli – zał. 4)
2	☐ - Blokada środków zgromadzonych na rachunku płatniczym (należy załączyć dokument z banku potwierdzający posiadanie kwoty, która ma stanowić zabezpieczenie umowy wraz ze wskazaniem właściciela rachunku oraz numeru rachunku).
3	☐ - Gwarancja bankowa (należy załączyć pismo/ list intencyjny z banku)
4	☐ - Blokada środków zgromadzonych na rachunku płatniczym 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 płatniczym lub gwarancji bankowej wymienionych w wierszu 2 i 3 tabeli – wartość zabezpieczenia powinna stanowić kwota = 150 % wartości przyznanej refundacji,
Blokada środków na rachunku płatniczym 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 - zał. 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 płatniczym** – dokument z banku potwierdzający posiadanie kwoty, która ma stanowić zabezpieczenie umowy wraz ze wskazaniem właściciela rachunku i numeru rachunku na którym ma być ustanowiona blokada.
6. **Druk zgłoszenia wolnego miejsca pracy (zał. nr 5).**
7. Dokument dotyczący posiadanych umocowań do składania oświadczeń i zaciągania zobowiązań w imieniu pracodawcy – o ile nie wynikają one z dokumentów rejestracyjnych.
8. 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.