



POWIATOWY URZĄD PRACY w ZABRZU
41-800 Zabrze, plac Krakowski 9
telefon: 32 277 90 00 faks: 32 277 90 49
www.pupzabrze.pl sekretariat@pupzabrze.pl



Załącznik numer 1 do Regulaminu w sprawie dokonywania refundacji z Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy przez Powiatowy Urząd Pracy w Zabrzu

Zabrze, dnia _____

(pieczęć firmowa wnioskodawcy)

| | |
|------------------------------------|------------------------|
| ADNOTACJA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY | |
| NR WNIOSKU | CIRZ.III.630.21 |

**POWIATOWY URZĄD PRACY
W ZABRZU**

**WNIOSEK
W SPRAWIE UDZIELENIA REFUNDACJI KOSZTÓW WYPOSAŻENIA
LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

Na zasadach określonych w:

- ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2021 r. poz. 1100 z późn. zm.),
- ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 743),
- rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1380 z późn. zm.),
- rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1),
- rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. 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, str. 9).

Pouczenie:

1. **Przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z „Regulaminem w sprawie dokonywania refundacji z Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy przez Powiatowy Urząd Pracy w Zabrzu”, który dostępny jest na stronie internetowej zabrze.praca.gov.pl.**
2. **Na wszystkie zawarte we wniosku pytania należy udzielić precyzyjnej odpowiedzi, ponieważ będą one podstawą do rozpatrzenia wniosku.**
3. **Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku.**
4. **Wniosek należy wypełnić czytelnie. Wszystkie pozycje we wniosku muszą zostać wypełnione, w przypadku gdy informacje zawarte w danym punkcie nie dotyczą wnioskodawcy należy wpisać „nie dotyczy”, „brak” lub „nie posiadam”.**
5. **Wniosek należy złożyć z kompletem dokumentów.**
6. **Wnioski wypełnione nieczytelnie, niekompletne, niezawierające wymaganych informacji, nie będą rozpatrywane, w przypadku ich niezupełnienia we wskazanym terminie.**
7. **Złożony wniosek wraz z załączonymi dokumentami nie podlega zwrotowi.**
8. **Wniosek może być uwzględniony tylko w przypadku, gdy jest kompletny oraz prawidłowo sporządzony, a Urząd dysponuje środkami na jego sfinansowanie.**
9. **Fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania refundacji, a od negatywnego stanowiska Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Zabrzu nie przysługuje odwołanie.**

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

1. Oznaczenie wnioskodawcy (*proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem x*):

- podmiot prowadzący działalność gospodarczą
- niepubliczne przedszkole, niepubliczna szkoła
- producent rolny
- żłobek lub klub dziecięcy
- podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne

2. Nazwa wnioskodawcy lub imię i nazwisko (w przypadku osoby fizycznej): _____

3. Adres siedziby albo adres zamieszkania (w przypadku osoby fizycznej): _____

4. Adres do korespondencji: _____

5. Miejsce prowadzenia działalności: _____

6. Numer telefonu: _____ adres e-mail: _____

7. NIP: _____ - _____ - _____ - _____ REGON: _____ KRS _____

lub PESEL (w przypadku osoby fizycznej, jeżeli został nadany): _____

8. Forma prawna prowadzonej działalności: _____

9. Czy wnioskodawca jest płatnikiem podatku VAT (*proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem x*):

- TAK
- NIE

10. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności: _____ PKD (przeważające): _____

11. Rodzaj prowadzonej działalności i krótki jej opis: _____

12. Imię, nazwisko i stanowisko osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy: _____

13. Dane osoby odpowiedzialnej do przeprowadzenia naboru pracowników:

Imię i nazwisko: _____

Stanowisko: _____ Numer telefonu: _____

14. Stan zatrudnienia* na dzień złożenia wniosku ogółem: _____, w tym liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy: _____.

** zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą regulowane przepisami Kodeksu Pracy*

15. Liczba osób zatrudnionych oraz liczba osób, z którymi rozwiązany został stosunek pracy w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku wraz z podaniem podstawy prawnej, na podstawie której doszło do rozwiązania stosunku pracy:

| Lp. | Miesiąc i rok | Stan zatrudnienia w poszczególnych miesiącach | Liczba osób, z którymi rozwiązano stosunek pracy w poszczególnych miesiącach* | Przyczyna rozwiązania stosunku pracy (należy wpisać podstawę prawną rozwiązania stosunku pracy) |
|-----|---------------|---|---|---|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

** w przypadku braku zwolnień pracowników należy wpisać „nie dotyczy”*

II. DANE DOTYCZĄCE TWORZONYCH STANOWISK PRACY

1. Liczba planowanych do wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy: _____
2. Przewidywany termin zatrudnienia: _____
3. Adres miejsca tworzonych stanowisk pracy: _____

4. Wnioskowana kwota refundacji: _____
5. Dane dotyczące kwalifikacji, umiejętności i doświadczenia zawodowego oraz rodzaju pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanego bezrobotnego, opiekuna lub poszukującego pracy absolwenta:

| Lp. | Charakterystyka stanowiska pracy |
|-----|---|
| 1. | Nazwa stanowiska pracy: _____ |
| 1a. | Nazwa stanowiska pracy <i>zgodnie z klasyfikacją zawodów*</i> : _____ |
| 2. | Liczba tworzonych miejsc pracy: |
| 3. | Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy jakie powinien posiadać skierowany bezrobotny, opiekun lub poszukujący pracy absolwent (wykształcenie, zawód, doświadczenie zawodowe, uprawnienia, kursy): |
| 4. | Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanego bezrobotnego, opiekuna lub poszukującego pracy absolwenta: |
| 5. | Proponowane wynagrodzenie brutto: |
| 6. | Wymiar czasu pracy: |

| Lp. | Charakterystyka stanowiska pracy |
|-----|---|
| 1. | Nazwa stanowiska pracy: _____ |
| 1a. | Nazwa stanowiska pracy <i>zgodnie z klasyfikacją zawodów*</i> : _____ |
| 2. | Liczba tworzonych miejsc pracy: |
| 3. | Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy jakie powinien posiadać skierowany bezrobotny, opiekun lub poszukujący pracy absolwent (wykształcenie, zawód, doświadczenie zawodowe, uprawnienia, kursy): |
| 4. | Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanego bezrobotnego, opiekuna lub poszukującego pracy absolwenta: |
| 5. | Proponowane wynagrodzenie brutto: |
| 6. | Wymiar czasu pracy: |

* klasyfikacja zawodów dostępna na stronie internetowej: <http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow>

III. OPIS PRZEDSIĘWZIĘCIA WRAZ Z KALKULACJA WYDATKÓW

1. Opis działalności prowadzonej przez wnioskodawcę wraz z uzasadnieniem potrzeby tworzenia nowego stanowiska pracy.

2. Działania podjęte przez wnioskodawcę w celu realizacji przedsięwzięcia*.

3. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem x):

- poręczenie – *poręczyciel osiągnący dochód miesięczny nie niższy niż **3 500,00 zł brutto** (dotyczy jednego stanowiska)*
- weksel z poręczeniem wekslowym – *poręczyciel osiągnący dochód jw.*
- gwarancja bankowa
- zastaw na prawach lub rzeczach
- blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym
- akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika

**dodatkowym atutem będzie przedstawienie ofert cenowych*

4. Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy (w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii):

Nazwa stanowiska pracy: _____

| Lp. | Wyszczególnienie | Środki własne (brutto w zł) | Środki z dofinansowania (brutto w zł) | Zakupy nowe/używane* | Razem (brutto w zł) |
|-----|------------------|-----------------------------|---------------------------------------|----------------------|---------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | RAZEM: | | | | |

W przypadku wnioskowania o refundację dla kilku stanowisk, proszę o przygotowanie oddzielnej specyfikacji dla każdego stanowiska pracy.

***UWAGA!** W przypadku planowania zakupów za granicą, a także w przypadku planowania zakupu rzeczy używanych, wymagana jest wcześniejsza zgoda Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Zabrzu.

_____ data

_____ podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Oświadczenie podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą – **załącznik nr 1.**
2. Oświadczenie podmiotu o obniżeniu bądź zamiarze obniżenia wymiaru czasu pracy pracownika – **załącznik nr 2.**
3. Oświadczenie podmiotu o otrzymanej pomocy de minimis – **załącznik nr 3.**
4. W przypadku spółek cywilnych - umowa spółki cywilnej.
5. Pełnomocnictwo do reprezentowania wnioskodawcy oraz składania oświadczeń woli w jego imieniu. Pełnomocnictwo nie jest wymagane jeżeli osoba podpisująca wniosek i umowę jest upoważniona do reprezentowania wnioskodawcy w odnośnym dokumencie rejestrowym.
6. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
7. Zgłoszenie krajowej oferty pracy (należy wypełnić oddzielnie dla każdego stanowiska pracy).
8. W przypadku niepublicznego przedszkola lub niepublicznej szkoły – **załącznik nr 1a, 2a oraz 3.**
9. W przypadku żłobka lub klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne – **załącznik nr 1b, 2b oraz 3.**
10. W przypadku producenta rolnego – **załącznik nr 1c, 2c, 3 oraz 4.**

INFORMACJA O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) **Powiatowy Urząd Pracy w Zabrze, Plac Krakowski 9, 41-800 Zabrze** informuje, iż jest:

1. Administratorem przekazanych przez Państwa danych osobowych.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: iod@pupzabrze.pl.
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy – na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
4. Odbiorcami danych osobowych będą: sądy, ministerstwa, wojewoda, gminy, starostwa, PIP, NIK, komornik, policja, organy skarbowe, prokuratura.
5. Dane osobowe przechowywane będą przez okres 6 lat lub w oparciu o uzasadniony interes realizowany przez administratora.
6. Podmioty przetwarzania danych posiadają prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
7. Podmiot przetwarzania danych ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego jeśli jego zdaniem, przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.
8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową zawarcia umowy.
9. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Wyrażam(y) zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów związanych z wykonywaniem zadań Powiatowego Urzędu Pracy w Zabrze.

Oświadczam(y), że wszystkie informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z rzeczywistym stanem faktycznym.

Wiarygodność informacji podanych we wniosku i załączonych do niego dokumentach potwierdzam(y) własnoręcznym podpisem.

podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej
do reprezentowania wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE PODMIOTU

1. **nie rozwiązałem(am)** stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonane przez podmiot albo na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz **nie rozwiązę** stosunku pracy z pracownikiem w sposób wskazany powyżej w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji,
2. **prowadzę działalność gospodarczą** w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej,
3. **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,
4. **nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych,
5. **nie posiadam** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
6. **nie byłem(am)** karany(a) w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2020 r., poz. 358 z późn. zm.),
7. **oświadczam, że** (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem x)::
 - otrzymałem(am)** pomoc de minimis w roku bieżącym oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych (w przypadku otrzymania pomocy de minimis należy do wniosku dołączyć zaświadczenia potwierdzające jej otrzymanie lub oświadczenie o wysokości otrzymanej pomocy),
 - nie otrzymałem(am)** pomocy de minimis w roku bieżącym oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych
8. zobowiązuje się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o niezmnieszeniu wymiaru czasu pracy pracownika i nierozwiązaniu stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonane przez pracodawcę bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracowników w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji,
9. zobowiązuje się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji,
10. zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Zabrze, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy, ulegnie zmianie stan faktyczny lub prawny wskazany we wniosku,
11. zapoznałem(am) się i spełniam warunki refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy określone w:
 - rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1380 z późn. zm.),
 - rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1),
 - regulaminie w sprawie dokonywania refundacji z Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy przez Powiatowy Urząd Pracy w Zabrze z dnia 27.01.2020 r.

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Prawdziwość informacji zawartych w niniejszym oświadczeniu potwierdzam własnoręcznym podpisem.

data

podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej
do reprezentowania wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE PODMIOTU O OBNIŻENIU BĄDŹ ZAMIARZE OBNIŻENIA
WYMIARU CZASU PRACY PRACOWNIKA**

1. Oświadczam, że *(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem x)*:

- obniżyłem (am) wymiar czasu pracownika** w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku z powodu
- obniżyłem (am) wymiar czasu pracownika** w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15 gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 1842, z późn. zm.). zwanej dalej „ustawą COVID-19” lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zff ustawy COVID-19,
- nie obniżyłem (am) wymiaru czasu pracownika** w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.

2. Oświadczam, że *(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem x)*:

- zamierzam obniżyć wymiar czasu pracy pracownika** w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji z powodu
- zamierzam obniżyć wymiar czasu pracy pracownika** w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15 gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 1842, z późn. zm.). zwanej dalej „ustawą COVID-19” lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zff ustawy COVID-19,
- nie obniżę wymiaru czasu pracownika** w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.

data

podpis wnioskodawcy

Na podstawie ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej oraz Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1).

(pieczęć firmowa wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O POMOCY DE MINIMIS

Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz 2 poprzedzających go lat podatkowych *(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem x)*:

- otrzymałem(am) środki stanowiące pomoc de minimis
 nie otrzymałem(am) środków stanowiących pomoc de minimis

W przypadku otrzymania pomocy de minimis proszę uzupełnić poniższą tabelę.

| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy brutto | |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------------|--------|
| | | | | w PLN | w EURO |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| ŁĄCZNA WARTOŚĆ DE MINIMIS: | | | | | |

Jestem świadomy(a) faktu, iż złożenie nieprawdziwych oświadczeń we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach w powyższym zakresie stanowi podstawę do rozwiązania zawartej umowy i żądanie zwrotu wypłaconej kwoty.

data

podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy