



Zabrze, dnia _____

(pieczęć firmowa wnioskodawcy)

ADNOTACJA PUP ZABRZE	
NR WNIOSKU	CIRZ.III.630.24

**WNIOSK
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,
- ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej,
- 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,
- 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,
- 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.

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 Zabrze”, 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 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 nieuzupełnienia 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 Zabrze 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 _____

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. Dane osoby do kontaktu z PUP:

Imię i nazwisko: _____

Stanowisko: _____ Numer telefonu: _____

13. Liczba pracowników zatrudnionych* na dzień złożenia wniosku ogółem: _____, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy _____.

*Pracownikiem, zgodnie z Kodeksem Pracy jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę (bez umów cywilno – prawnych np. umów zlecenie).

14. 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
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

* w przypadku braku zwolnień pracowników należy wypełnić kolumnę 1 i 2, natomiast w kolumnie 3 i 4 wpisać „nie dotyczy”

15. Liczba osób zatrudnionych na umowy cywilno-prawne* (umowa o dzieło, umowa zlecenie) ogółem: _____

* UWAGA! Osób zatrudnionych w ramach umów cywilno-prawnych proszę nie wykazywać w tabeli w pkt 14.

II. DANE DOTYCZĄCE TWORZONYCH STANOWISK PRACY

1. Liczba planowanych do wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy: _____
2. Przewidywany termin zatrudnienia: _____
3. Miejsce wykonywania pracy (dokładny adres):

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:

UWAGA!! informacje zawarte w „charakterystyce stanowiska pracy” powinny być tożsame z informacjami zawartymi w zgłoszeniu krajowej oferty pracy dołączonej do wniosku

Lp.	Charakterystyka stanowiska pracy
1.	Nazwa stanowiska pracy: _____
1a.	Nazwa stanowiska pracy zgodnie z klasyfikacją zawodów*: _____
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.	Wymiar czasu pracy:

UWAGA! W przypadku ubiegania się o większą ilość tworzonych stanowisk pracy należy wypełnić „charakterystykę stanowiska pracy” osobno dla każdego stanowiska. W sytuacji, gdy stanowiska są tożsame należy wpisać odpowiednią liczbę tworzonych miejsc pracy.

* klasyfikacja zawodów dostępna na stronie internetowej:

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

3. Szczegółowa specyfikacja i kalkulacja 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 ¹	Ilość	Środki własne (brutto w zł)	Środki z dofinansowania (brutto w zł)	Zakupy ² nowe (N)/ używane (U)	Zakup ² w kraju (K) za granicą (Z)	Razem (brutto w zł)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
RAZEM:					x	x	

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

data

podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej
do reprezentowania wnioskodawcy

¹ Do wyszczególnionych w specyfikacji zakupów proszę przedstawić oferty cenowe.

² **UWAGA!** W przypadku planowania **zakupów za granicą**, a także w przypadku planowania **zakupów rzeczy używanych**, wymagana jest wcześniejsza zgoda Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Zabrze. W celu uzyskania zgody Dyrektora PUP proszę o złożenie pisemnej prośby wraz z podaniem uzasadnienia.

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**.
11. Oferty cenowe do proponowanych zakupów wyszczególnionych w szczegółowej specyfikacji i kalkulacji wydatków.

INFORMACJA O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r **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 dokonanego 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 załączam** 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 załączam** 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 lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary,
7. **zobowiązuję 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,
8. **nie podlegam wykluczeniu** z otrzymania wsparcia wynikającym z nałożonych sankcji, wskazanych w Rozporządzeniu Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r., zgodnie z którym (art. 5l) zakazuje się udzielania bezpośredniego lub pośredniego wsparcia w tym udzielania finansowania i pomocy finansowej lub przyznawania jakichkolwiek innych korzyści w ramach programu Unii, Euratomu lub krajowego programu państwa członkowskiego na rzecz jakichkolwiek osób prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji będących pod kontrolą publiczną;
9. **nie zostałem wykazany** na liście znajdującej się w załącznikach do regulacji unijnych (Rozporządzenie Rady (WE) nr 765/2006 z dnia 18 maja 2006 r. dotyczące środków ograniczających w związku z sytuacją na Białorusi i udziałem Białorusi w agresji Rosji wobec Ukrainy) oraz w rejestrze zamieszczonym na stronie BIP MSWiA (<https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>),
10. 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,
 - 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,
 - regulaminie w sprawie dokonywania refundacji z Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy przez Powiatowy Urząd Pracy w Zabrze z dnia 23.01.2024 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 zwanej dalej „ustawą COVID-19” lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf 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 zwanej dalej „ustawą COVID-19” lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19,
 - nie obniżę wymiaru czasu pracownika** w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.
3. Zobowiązuję 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.

data

podpis wnioskodawcy

(pieczęć firmowa wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE

o wielkości otrzymanej pomocy de minimi lub nieotrzymaniu pomocy de minimis
oraz
o otrzymaniu lub nieotrzymaniu pomocy publicznej innej niż de minimis

1. Oświadczam, iż zgodnie z ustawą z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat:
(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem x):

- otrzymałem(am) środki stanowiące pomoc de minimis o łącznej wartości zł,
stanowiącą równowartość: euro.
- nie otrzymałem(am) środków stanowiących pomoc de minimis

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

- otrzymałem(am) pomoc publiczną inną niż de minimis odnoszącą się do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc de minimis.
- nie otrzymałem(am) pomocy publicznej innej niż de minimis odnoszącej się do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

3. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.

4. 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