..............., dnia ................................

………………………………………………………………..

 /pieczątka firmowa wnioskodawcy/

Powiatowy Urząd Pracy

w Ełku

**WNIOSEK NR……./2024**

**o refundację ze środków Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy**

Podstawa prawna:

1. *art. 46 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz. U. z 2024r. poz. 475);*
2. *Rozporządzenia 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 2022r. poz. 243)*
3. *Rozporządzenie Komisji (UE) 2019/316 z dnia 21 lutego 2019 r. zmieniające rozporządzenie (UE) nr 1408/2013 w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 51 l z 22.02.2019, str. 1),*
4. *Rozporządzenie Komisji (UE) NR 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie zastosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy w ramach de minimis (Dz.Urz.WE L 352 z 24.12.2013 r.,str.1),*
5. *Regulamin dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Ełku.*
6. *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz.U.2024.40 t.j.).*
7. *Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 702 ze zm..)*
* pomoc na wyposażenie stanowisk pracy
* pomoc na doposażenie stanowisk pracy

\* właściwe zakreślić

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

**Wnioskodawcą jest\*:**

* podmiot prowadzący działalność gospodarczą,
* producent rolny,
* niepubliczne przedszkole,
* niepubliczna szkoła,
* 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), który tworzy miejsca pracy związane bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć,
* podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne dla dzieci niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania, w tym usługi mobilne

**\*Prosimy właściwe zaznaczyć**

1. Pełna nazwa firmy lub imię i nazwisko i numer PESEL- w przypadku osoby fizycznej

2. Adres siedziby pracodawcy lub adres zamieszkania

3. Adres na jaki ma być kierowana korespondencja związana z realizacją wniosku i umowy

Telefon (nieobowiązkowo):

fax.:

e – mail (nieobowiązkowo):

4. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do podpisania umowy

5. Numer NIP

6. Numer REGON (jeżeli został nadany)

7. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności zgodnie z PKD ………………………………..

8. Nazwa banku oraz numer konta bankowego

9. Data rozpoczęcia działalności

10.Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności

**Uwaga! Działalność musi być prowadzona przez podmiot przez okres, co najmniej 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, z tym że do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu jej zawieszenia.**

**10. Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku**

**Liczba zatrudnionych pracowników w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających miesiąc złożenia wniosku**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **m-c/ rok** |  |  |  |  |  |  |
| **Liczba zatrudnionych osób** |  |  |  |  |  |  |

W przypadku **zmniejszenia** przez podmiot liczby pracowników w ciągu ostatnich 6 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku, proszę o podanie przyczyny

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

1. **DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA SKIEROWANYCH BEZROBOTNYCH**

1. Liczba wyposażanych lub doposażonych stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych, skierowanych opiekunów lub skierowanych poszukujących pracy absolwentów (liczba wnioskowanych stanowisk pracy): …….

2. Stanowiska przewidziane dla skierowanych bezrobotnych, skierowanych opiekunów lub skierowanych poszukujących pracy absolwentów (nazwa) :

a) ……

b) ………...

c)

3. W przypadku posiadania swoich kandydatów proszę o uzupełnienie (imię, nazwisko, adres):

a) ……

b) ………...

c)

4. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanych bezrobotnych (opis wykonywanych czynności):

a)

b)

c)

5. Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinni spełniać skierowani bezrobotni lub opiekunowie

a)

b)

c)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa stanowiska****(zgodnie z klasyfikacją zawodów)\*** | **Kod zawodu (zgodnie z klasyfikacją zawodów)\*** | **Liczba miejsc pracy** | **Proponowane** **wynagrodzenie (brutto)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* klasyfikacja zawodów dostępna na stronie internetowej:

[http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci](http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci%20)

6. Czy podmiot przewiduje inwestycje w rozwój zawodowy skierowanego bezrobotnego (kursy, szkolenia) …..

7. Miejsce zatrudnienia bezrobotnych:

8. Informacja o wymiarze czasu pracy……………………………………………………………………

9. Godziny pracy (zmianowość): …………..

1. **OPIS PROJEKTOWANEGO PRZEDSIĘWZIĘCIA**

**1. Krótki opis przedsięwzięcia z uzasadnieniem utworzenia stanowiska**:

**2. Dane dotyczące planowanych kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy:**

1 ............................................................................. ...........................

 /nazwa stanowiska/ /kwota/

2 .............................................................................. ...........................

 /nazwa stanowiska/ /kwota/

3 .............................................................................. ...........................

 /nazwa stanowiska/ /kwota/

**Ogółem wysokość wnioskowanej kwoty:** ..............................

**4. Kalkulacja wszystkich wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa stanowiska** | **Rodzaj zakupu** | **Ilość ( szt., m2, itp.)** | **Finansowanie** |
| **Środki** **własne** | **Środki refundacji** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |

1. w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowisk pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii

\* niepotrzebne skreślić

**6. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji\*:**

1. weksel z poręczeniem
2. poręczenie
3. zastaw na prawach lub rzeczach
4. gwarancja bankowa
5. blokada środków na rachunku bankowym
6. akt notarialny o podaniu się egzekucji przez dłużnika

*\* zakreślić właściwe*

W przypadku poręczenia lub weksla z poręczeniem wekslowym proponuję poręczyciela :

 - Nazwisko i imię poręczyciela / nazwa firmy

 - Adres zamieszkania / siedziba

- Miesięczny dochód brutto

 - Nazwisko i imię współmałżonka poręczyciela / nazwa firmy

 - Adres zamieszkania / siedziba

**Podanie danych osobowych w powyższym formularzu oraz w załącznikach jest niezbędne w celu rozpatrzenia składanej prośby i udzielenia wnioskowanej pomocy.**

**Przetwarzanie jest niezbędne w celu spełnienia obowiązku prawnego nałożonego przepisami prawa na Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Ełku. Szczegółowe zasady przetwarzania danych osobowych dostępne są na stronie** [**https://elk.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych**](https://elk.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych) **oraz w siedzibie PUP w Ełku.**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.} oświadczam, że dane zwarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

.............................................. ............................................................................

 (data) *( podpis podmiotu lub osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu)*

**IV. DANE EKONOMICZNE PRZEDSIĘBIORSTWA ZA OKRES TRZECH OSTATNICH LAT:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Rok 2023** | **Rok 2022** | **Rok 2021** |
| **A** | **Przychody ogółem** |  |  |  |
| **B** | **Koszty ogółem**  |  |  |  |
| **C** | **Dochód (strata) brutto** |  |  |  |
| **D** | **Dochód netto** |  |  |  |

**Dokumenty wymagane do wniosku :**

1. Oświadczenie o niezmniejszaniu wymiaru czasu pracy (Załącznik nr 1);
2. Dokument określający osoby reprezentujące podmiot gospodarczy upoważnione do zawierania umów np.: umowa spółki, statut organizacyjny;
3. Dotyczące zabezpieczenia zwrotu otrzymanej refundacji na wyposażenie stanowiska pracy:

- **w przypadku weksla z poręczeniem i poręczenia:**

**w przypadku poręczycieli pracujących -** zaświadczenie o miesięcznych dochodach przez nich osiąganych wystawione przez pracodawcę,

**w przypadku poręczycieli prowadzących działalność gospodarczą** – oświadczenie o nie zaleganiu z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, oświadczenie o nie zaleganiu z zapłatą zobowiązań podatkowych oraz deklaracje PIT za ostatni rok potwierdzoną przyjęciem przez Urząd Skarbowy **(do wglądu).**

 - **w przypadku blokady rachunku bankowego**:

oświadczenie wskazujące na stan środków finansowych proponowanych do zabezpieczenia, zgodę właściciela na dokonanie blokady na wskazanym rachunku – w przypadku, gdy właścicielem rachunku jest osoba trzecia oraz zaświadczenie z banku, w którym są zdeponowane środki do zabezpieczenia o możliwości dokonania bezterminowej, bezwarunkowej i nieodwołalnej blokady środków w proponowanej wysokości.

1. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis;**
2. **Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis**

**Do wniosku o refundację producent rolny dołącza również:**

1. oświadczenie o posiadaniu gospodarstwa rolnego w rozumieniu przepisów o podatku rolnym lub prowadzeniu działu specjalnego produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych lub przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych, przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku;
2. dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie 6 miesięcy 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.

**UWAGA !**

**Wnioski niekompletne i nieprawidłowo sporządzone pozostaną**

**BEZ ROZPATRZENIA!!!!**

**Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem pieczątką imienną oraz podpisem osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy.**

**KONTAKT Z URZĘDEM**

tel. (**87) 629 02 27 lub (87) 629 02 28**

**Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia Oświadczam, że:**

1. Prowadzę działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019r. poz. 1292 i 1495 oraz z 2020r. poz. 424 i 1086), przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, z tym że do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności a w przypadku przedszkola lub szkoły - prowadzenia działalności na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. – Prawo oświatowe, przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku;
2. Nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych , Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
3. Nie zalegam z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
4. Nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
5. Nie byłem karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2016r. poz. 1137, z późn. zm.); lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2016r. poz. 1541 oraz z 2017r. poz. 724 i 933);
6. wypełniłem obowiązek informacyjny, o którym mowa w art. 13 i 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych wobec osób, których dane osobowe przekazuję w niniejszym wniosku.
7. że na dzień złożenia wniosku w sprawie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Ełku nie orzeczono wobec mnie zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. *o finansach publicznych* (Dz. U. Nr 157, poz. 1240 z późn. zm.) w związku z art. 12 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 roku *o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej* (Dz. U. z dnia 6 lipca 2012r., poz. 769).

.............................................. ............................................................................

 (data) *( podpis podmiotu lub osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu)*

**Świadomi odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczamy, że dane zawarte w niniejszym wniosku oraz oświadczeniach są zgodne z prawdą.**

.............................................. ............................................................................

 (data) *( podpis podmiotu lub osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu)*

*Załącznik nr 1*

*Oświadczenie o niezmniejszaniu wymiaru czasu pracy*

**Oświadczenie**

**Ja niżej podpisany/a**

**……………………………………………………………………………………………………………………….(imię i nazwisko)**

**stanowisko ……………………………………………………………………………………………………………………….**

**(nazwa stanowiska)**

**reprezentujący firmę ……………………………………………………………………………………………………………………….**

**świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności za składanie fałszywych zeznań**

**oświadczam że[[1]](#footnote-1),**

w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji nie rozwiązałem i nie rozwiążę stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia przez pracodawcę bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników oraz nie zmniejszyłem i nie zmniejszę wymiaru czasu pracy pracownika.

.................................... .........................................

(miejscowość , data) (podpis)

w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji nie rozwiązałem i nie rozwiążę stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia przez pracodawcę bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników oraz obniżyłem lub zamierzam obniżyć wymiar czasu pracy pracownika na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020r. 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.) lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ww. ustawy.

.................................... .........................................

(miejscowość , data) (podpis)

**VI. OŚWIADCZENIE O OTRZYMANIU POMOCY DE MINIMIS**:

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:

**- w roku, w którym ubiegam się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych otrzymałem / nie otrzymałem\* pomocy de minimis w następującej wielkości:**

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć zaświadczenie(a) o otrzymanej pomocy:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Data udzielenia pomocy** | **Nr umowy** | **Nazwa instytucji udzielającej pomocy** | **Kwota w euro****netto/brutto** | **Cel przeznaczenia pomocy** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** |  |  |

............................................ ...............................................

 (miejscowość i data) (podpis wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić

***Uwaga:***

***W przypadku gdy Wnioskodawcą jest Spółka Cywilna należy wypełnić oświadczanie o otrzymanej wielkości pomocy, zarówno wystawionej na Spółkę jak i na wszystkich wspólników osobno.***

**Oświadczenie Poręczyciela**

**Ja niżej podpisany/a**....................................................................................................................................................

(imię i nazwisko poręczyciela)

Nr PESEL ……………………………

zamieszkały(a).........................................................................................................................................................

 (podać dokładny adres poręczyciela)

legitymujący się dowodem osobistym ……………….………… wydanym przez…………………………............

(seria numer)

……………………………………………………….

(data wydania)

**świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności za składanie fałszywych zeznań**

oświadczam

iż źródłem mojego dochodu jest:

umowa o pracę/ zlecenie/ emerytura/dochody z tytułu prowadzenia własnej działalności / inne\*;

jestem zatrudniony/a w (nazwa zakładu pracy):

....................................................................................................................................................................

na podstawie umowy o pracę, zawartej w dniu ................................................. na czas nieokreślony/określony\*, do dnia ..........................................

Średnie moje miesięczne dochody z ostatnich 3 m- cy wynoszą:

brutto...................................... słownie:....................................................................................................

i nie są obciążone/są obciążone\* zobowiązaniami finansowymi egzekucyjnymi

w kwocie ogółem.................................. słownie ………………………………………………………..

 miesięczna spłata zadłużenia wynosi….…..……… słownie…………………………………………....

**Podanie powyższych danych osobowych jest niezbędne w celu zapewnienia zabezpieczenia zwrotu udzielonej refundacji lub pomocy.**

**Przetwarzanie jest niezbędne w celu spełnienia obowiązku prawnego nałożonego przepisami prawa na Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Ełku. Szczegółowe zasady przetwarzania danych osobowych dostępne są na stronie** [**https://elk.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych**](https://elk.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych) **oraz w siedzibie PUP w Ełku.**

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

(miejscowość , data) (podpis)

\*niepotrzebne należy skreślić















1. Wnioskodawca podpisuje jedno z oświadczeń dotyczących zmniejszenia wymiaru czasu pracy pracowników [↑](#footnote-ref-1)