POWIATOWY URZĄD PRACY W OŁAWIE
ul. 3 Maja 1, 55-200 Oława
tel.: + 48 71 313 96 52, fax: +48 71 313 90 35
e-mail: sekretariat@pup-olawa.pl
olawa.praca.gov.pl

WnDop / 24 /.....

Załącznik nr 1 do Regulaminu
refundacji kosztów wyposażenia
doposażenia stanowiska pracy

Wniosek
o refundację kosztów wyposażenia/doposażenia stanowiska pracy

1) związanego bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć przez **żłobki lub kluby dziecięce;**
2) związanego bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania , w tym usług mobilnych przez **podmioty prowadzące działalność gospodarczą polegającą na świadczeniu usług rehabilitacyjnych**

na zasadach określonych w art. 46 ust.1 pkt 1b i 1c ustawy o promocji zatrudniania i instytucjach rynku pracy oraz w Rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej

dla skierowanego:

- bezrobotnego
- poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej
- poszukującego pracy absolwenta

Pouczenie:

Wniosek należy wypełnić czytelnie.
Wszelkie poprawki należy dokonać poprzez skreślenie i zaparafowanie.
Wniosek należy złożyć z kompletem dokumentów.
Złożenie wniosku nie gwarantuje otrzymania refundacji.
Od negatywnego stanowiska PUP nie przysługuje odwołanie.

Wnioskuję o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia / doposażenia stanowisk pracy w kwocie brutto:.....zł,
słownie:.....

I. Informacje dotyczące wnioskodawcy:

1. Pełna nazwa Wnioskodawcy*:*
   ….....
2. Adres siedziby albo adres miejsca zamieszkania: ……
   ….....
3. Nr telefonu: ..... e-mail:….....
4. Miejsce prowadzenia działalności:……
   ….....

5. Forma prawna prowadzonej działalności: …….....
6. Forma opodatkowania .....……....stawka …..…....%
7. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności (PKD-przeważająca): ….....
8. Symbol podklasy rodzaju działalności (PKD), w związku z ubieganiem się refundację: .....……
9. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności : .....…
10. REGON.....……, NIP.....……
11. Pesel (w przypadku osoby fizycznej).....……..
12. Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do kontaktu z urzędem:……..……...
….....……
13. Nr telefonu: ..... adres e-mail.....
14. Adres do doręczeń:.....

II. Liczba stanowisk przewidzianych do doposażenia / wyposażenia dla skierowanego:

1. **bezrobotnego:**
.....stanowisko/a, wymiar czasu pracy:.....
(liczba stanowisk)
2. **poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej:**
.....stanowisko/a,wymiar czasu pracy:.....
(liczba stanowisk)
3. **poszukującego pracy absolwenta:**
.....stanowisko/a, wymiar czasu pracy:.....
(liczba stanowisk)

Stanowisko 1:

- nazwa stanowiska.....……...
- kod i nazwa zawodu ….....…

Informacje o systemie i rozkładzie pracy (godziny pracy/ zmianowość)

- praca od poniedziałku do piątku w godzinach: od …..... do .....
- praca w sobotę : od …..... do .....
- praca w niedzielę: od ….....do.....praca nocna od ….....do ….....
inne:.....
- proponowane wynagrodzenie brutto: od ….....……do.....
- wymiar czasu pracy (dot. **opiekuna**).....

Stanowisko 2:

- nazwa stanowiska.....……...
- kod i nazwa zawodu ….....…

Informacje o systemie i rozkładzie pracy (godziny pracy/ zmianowość)

- praca od poniedziałku do piątku w godzinach: od …..... do .....
- praca w sobotę : od …..... do .....

- praca w niedzielę: od ….....do.....praca nocna od ….....do ….....
  inne:.....
- proponowane wynagrodzenie brutto: od ….....…….do.....
- wymiar czasu pracy (dot. **opiekuna**).....

III. Miejsce/adres wykonywania pracy skierowanego bezrobotnego, poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej (wpis w odpowiednim rejestrze np. CEIDG, w przypadku braku wpisu kserokopię potwierdzoną przez wnioskodawcę za zgodność z oryginałem: akt własności (w przypadku posiadania prawa własności lokalu), umowa najmu lokalu, umowa użyczenia):.....…….....…
……...

IV. Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy na tworzonym stanowisku przez skierowanego bezrobotnego, poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej:

Stanowisko 1:

- wykształcenie minimum	
- kierunek / specjalność	
- zawód	
- umiejętności	
- uprawnienia	
- doświadczenie zawodowe	
- znajomość języków obcych	
- inne	

Stanowisko 2:

- wykształcenie minimum	
- kierunek / specjalność	
- zawód	
- umiejętności	
- uprawnienia	
- doświadczenie zawodowe	
- znajomość języków obcych	
- inne	

V. Rodzaj pracy i zakres czynności jakie będą wykonywane przez skierowanego na tworzonym stanowisku pracy przez skierowanego bezrobotnego, poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej (**zakres obowiązków-opis realizowanych zadań**):
.....…
.....
.....…
.....
.....
.....

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

VI. Proponowany kandydat/kandydaci:

1) .....
2) .....

VII. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji z tytułu niedotrzymania warunków umowy (zgodnie z § 10 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjecie działalności gospodarczej.
Preferowanymi formami zabezpieczenia są:

1) poręczenie*
2) gwarancja bankowa*
3) blokada środków na rachunku bankowym*
   (kwota zablokowanych lub gwarantowanych przez bank środków będzie podwyższona o 40 % kwoty przyznanej).
4) Inna (proszę wpisać formę)* .....
   (akceptacja wskazanej formy pod warunkiem uzyskania zgody Dyrektora PUP po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku)

***niepotrzebne skreślić**

Uwaga:

1. Warunkiem koniecznym do zawarcia umowy o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy jest ustanowienie zabezpieczenia.
2. Formy zabezpieczenia opisane są w § 15-18 Regulaminu refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.
3. Ostatecznej akceptacji wyboru zabezpieczenia dokonuje Starosta, który odpowiada za racjonalne wydawanie i ochronę środków publicznych, kierując się szansami na odzyskanie środków wypłaconych tytułem refundacji w razie niespełnienia warunków zawartej umowy.
4. Akceptacja wyboru zabezpieczenia Starosta dokonuje po analizie wymaganej dokumentacji dotyczącej zabezpieczenia przedłożonej przez podmiot w terminie określonym przez Starostę, po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku.

VIII. Kalkulacja wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy i źródła ich finansowania

L.p.	**Nazwa wydatku**	Wartość ogółem w zł – kwota brutto	**Środki wnioskowane z Urzędu w zł - kwota brutto**	Środki własne w zł – kwota brutto	Inne źródła
1	2	3	**4**	5	6

		Suma:	**Suma:**	Suma:	Suma:

Suma środków z kol. 4 musi być zgodna z kwotą wnioskowaną – wskazaną na 1 stronie wniosku

IX. Termin zakupu i przedłożenie rozliczenia (określić termin przedziałem czasowym np. 2 tygodnie od daty zawarcia umowy) - **max do 2 miesięcy** od daty zawarcia umowy : .....

X. Szczegółowa specyfikacja i harmonogram wydatków dotyczących wyposażenia /doposażenia w ramach refundacji, w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowisk z przepisami bhp oraz wymaganiami ergonomii.

Nazwa stanowiska pracy: ….....……..

UWAGA: w przypadku ubiegania się o więcej niż jedno stanowisko należy wypełnić stronę nr 5-7 wniosku dla każdego stanowiska.

L. p.	Nazwa Wydatku	Ilość	Koszt zakupu w zł (kwoty z **kolumny 4** ze str. 4)	**Uzasadnienie celowości zakupu, sposób wykorzystania przy tworzonym stanowisku pracy**

			Suma:	

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

…..... ……..... ……..

data podpis, pieczęć wnioskodawcy

Oświadczenie Wnioskodawcy
(żłobka, klubu dziecięcego, podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne)

Oświadczam, że:

1. dane zawarte we wniosku o refundację kosztów wyposażenia/doposażenia stanowiska pracy są zgodne z prawdą;
2. prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o prawie przedsiębiorców lub żłobek lub klub dziecięcy na podstawie przepisów o opiece nad dziećmi do lat 3;
3. **nie zalegam / zalegam*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
4. **nie zalegam/zalegam*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych (np. podatki, opłaty lokalne);
5. **nie posiadam/posiadam*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
6. **nie byłem/byłem*** karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary;
7. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku **nie zostałem/zostałem* ukarany lub** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy lub **nie jestem/jestem*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
8. **nie rozwiązałem/rozwiązałem*** stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez wnioskodawcę albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracownika **w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku;**
9. nie rozwiążę stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez wnioskodawcę lub na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracownika w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji na konto;
10. **nie obniżyłem / obniżyłem*** wymiar czasu pracy pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku;
    (punkt A lub B wypełnić tylko w przypadku obniżenia wymiaru czasu pracy – dot. pkt 10)
    A. nie obniżyłem/obniżyłem* w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku wymiaru 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. z 2023r. poz. 1327 z późn. zm..)

B. nie zamierzam/zamierzam obniżyć* wymiaru 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. z 2023r. Poz. 1327 z późn. zm.) w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji na konto.

11. na dzień składania wniosku nie **zatrudniam/ zatrudniam***……...…….. **pracownika/ pracowników***;
12. w ciągu bieżącego roku oraz 2 lat poprzedzających złożenie wniosku:
    nie otrzymałem/otrzymałem* pomocy de minimis oraz
    nie otrzymałem/otrzymałem* pomocy de mninimis w rolnictwie lub rybołówstwie.
    Wielkość pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie wynosi ..... euro,
    Wielkość pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie otrzymanej w tym okresie wynosi ..... euro
13. **znana mi jest treść i spełniam warunki** określone:
    a) w rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017r. 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)
    b) w rozporządzeniu Komisji(UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. 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) wraz ze zmianą: Rozporządzenie Komisji (UE) nr 2020/972 z dnia 2 lipca 2020r. (Dz. Urz. L 215, 7.7.2020, str. 3)
14. zapoznałem się z treścią Regulaminu refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy;
15. **zobowiązuję się** do zatrudnienia na wyposażonym/doposażonym stanowisku pracy skierowanego bezrobotnego lub skierowanego opiekuna lub skierowanego poszukującego pracy absolwenta co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy przez okres **co najmniej 24 miesięcy**;
16. **zobowiązuję się do utrzymania przez okres** co najmniej 24 miesięcy stanowisk pracy utworzonych w związku z przyznana refundacją;
17. przyjmuję do wiadomości, że Powiatowy Urząd Pracy w Oławie nie dokona refundacji, w przypadku gdy w okresie od dnia złożenia wniosku o refundację do dnia otrzymania refundacji na konto nastąpi obniżenie wymiaru czasu pracy pracownika (nie dotyczy obniżenia na podstawie ustawy COVID-19) lub, rozwiązanie stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez wnioskodawcę bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników;
18. **przyjmuję do wiadomości, że zakup elementów wyposażenia lub doposażenia może nastąpić po podpisaniu umowy z urzędem a zatrudnienie po sprawdzeniu stanowiska pracy**;
19. zapoznałem się z „Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych przez PUP w Oławie dla kontrahentów PUP”, znajdującą się na stronie internetowej

https://olawa.praca.-gov.pl/ w zakładce „Urząd Pracy” →”Ochrona danych osobowych”→ oraz w sekretariacie Urzędu.

20. wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu przyznania refundacji kosztów wyposażenia / doposażenia stanowiska pracy.

UWAGA - *niepotrzebne skreślić

….....… ……....……..

data podpis, pieczęć wnioskodawcy

Oświadczam że: w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem/am karany/a za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny(Dz. U. z 2022r. poz. 1138 z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. Z 2023r. poz. 659)

„Jestem świadom odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”

….....… ……....……..

data podpis, pieczęć wnioskodawcy

Do wniosku należy dołączyć:

1) Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis - **załącznik nr 1.**
2) Kserokopia zaświadczenia o wpisie do odpowiedniego rejestru.
3) W przypadku spółki cywilnej – kserokopia umowy spółki wraz ze wszystkimi zmianami.

UWAGA: kserokopie za zgodność z oryginałem potwierdza wnioskodawca.