# ................................................................. Gryfice, dn. ...................................

/ pieczęć wnioskodawcy/

Powiatowy Urząd Pracy

w Gryficach

### W N I O S E K

**O REFUNDACJĘ**

**KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA**

**STANOWISKA PRACY**

**na zasadach określonych w ustawie z dnia 20.04.2004r o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy /tekst jedn. Dz. U. 2024, poz. 475 ze zm./, w Rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14.07.2017 sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej / Dz. U. 2022, poz. 243 z póżn. zm/**

#### Adres korespondencyjny

Nazwisko i imię ..................................................................................................

Miejscowość .........................................................................................................

Ulica ............................................................. Telefon .........................................

Kod .............................................. Poczta .............................................................

**KLAUZULA INFORMACYJNA RODO**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady(UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE(Dz. Urz. UE L 119/1 z 04.05.2016r.) zwanego dalej RODO, Powiatowy Urząd Pracy w Gryficach informuje, że:

1. Administratorem danych osobowych Pani/Pana/Państwa danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Gryficach z siedzibą ul. Koszarowa 4, 72-300 Gryfice;
2. W Powiatowym Urzędzie Pracy w Gryficach jest Inspektor ochrony danych, tel. 913843506, lub e-mail: iod@gryfice.pl;
3. Pani/Pana/Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( t.j. Dz. U. 2024r. poz. 475 ze zm.), na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b,c,f oraz art. 9 ust.2 lit.b,f,g RODO;
4. Odbiorcami Pani/Pana/Państwa danych osobowych będą podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa oraz z którymi zawarto umowę powierzenia danych lub na podstawie innego instrumentu prawnego;
5. Dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującym terminem przechowywania dokumentacji określonym w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt, w przypadku projektów unijnych zgodnie z warunkami umowy;
6. Posiada Pani/Pan/Państwo prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania;
7. Ma Pani/Pan/Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pani/Pan/Państwo, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana/Państwa narusza RODO;
8. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich;
9. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem - ustawa z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( t.j. Dz. U. 2024r. poz. 475 ze zm.), jest obligatoryjne. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości realizacji zadań wynikających z ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
10. Pani/Pana/Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji będzie odbywało się na zasadach określonych w ustawie z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( t.j. Dz. U. 2024r. poz. 475 ze zm.).

Pełna treść klauzuli informacyjnej dotyczącej obowiązków administratora PUP w Gryficach zamieszczona jest na stronie BIP, w zakładce podstawowe dane podmiotu oraz na tablicy ogłoszeń tutejszego urzędu.

Zapoznałem/am się:

Data…………………………... Podpis………………………

**POUCZENIE:**

1. Wniosek należy wypełnić czytelnie wpisując treść w każdym do tego przeznaczonym punkcie wniosku.
2. Złożony wniosek nie podlega zwrotowi.
3. Przed podpisaniem umowy o refundację urząd może wymagać dokumenty potwierdzające prawdziwość oświadczeń zawartych we wniosku.
4. Urząd nie uwzględni wydatków poniesionych przed dniem zawarcia umowy o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy.
5. Wydatkowane środki zostaną rozliczone za pomocą faktur.
6. Na refundowane stanowisko urząd nie skieruje osób, które Podmiot zatrudniał przed zawarciem umowy o refundację kosztów w okresie ostatnich 12 miesięcy.
7. Fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania środków na refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.
8. Od negatywnego stanowiska urzędu nie przysługuje odwołanie.
9. Opiekun – poszukujący pracy niepozostający w zatrudnieniu lub niewykonujący innej pracy zarobkowej opiekun osoby niepełnosprawnej, z wyłączeniem opiekunów osoby niepełnosprawnej pobierających świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, lub zasiłek dla opiekuna na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów.
10. Poręczenie cywilne – dochód poręczyciela powinien wynosić min. 120% minimalnego wynagrodzenia obowiązującego w danym roku – średnia z 3 ostatnich miesięcy bez dodatkowych obciążeń z tytułu zobowiązań finansowych (kredytów, pożyczek).
11. Przy zabezpieczeniu w formie aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji konieczne jest ustanowienie dodatkowego zabezpieczenia.

………………………………………….

(Podpis Wnioskodawcy)

1. **INFORMACJE OGÓLNE**
2. **Dane o podmiocie prowadzącym dział. gospodarczą, producencie rolnym, niepublicznym przedszkolu lub niepublicznej szkole, :**

a ) nazwa ..............................................................................................................

b ) siedziba i adres lub miejsce zamieszkania i adres ................................................................................................................

c ) telefon ...................................... , adres e-mail..................................................

d ) numer ewidencyjny PESEL w przypadku osoby fizycznej

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

e ) numer REGON ...............................................................................................

f ) numer identyfikacji podatkowej NIP ..............................................................

f ) forma prawna ...................................................................................................

( spółka cywilna, spółka z o.o., działalność indywidualna, spółka akcyjna, itp. )

g ) data rozpoczęcia działalności gospodarczej: ...................................................

g ) symbol podklasy prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską

Klasyfikacją Działalności (PKD)……………………………………………….

i) nr rachunku bankowego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |

1. **Analiza finansowa**

Prosimy o przedstawienie informacji o :

A/ majątku zakładu *wg tabeli nr 1*

- za dwa lata poprzednie i rok bieżący, a w przypadku zakładu pracy działającego przez

okres krótszy niż dwa lata – za cały okres prowadzenia działalności;

B/ źródłach finansowania majątku zakład pracy *wg tabeli nr 2*

- za dwa lata poprzednie i rok bieżący, a w przypadku zakładu pracy działającego przez

okres krótszy niż dwa lata – za cały okres prowadzenia działalności;

C/ zaległe zobowiązania ( długoterminowe )

* budżetowe .................................. zł
* inne ........................................... zł

D/ kredyty bankowe ........................................... zł

nazwa banku .............................................................................................

**Tabela nr 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Majątek** | **Wartość w zł.** | | |
| **Rok**  **2023** | **Rok**  **2024** | **Rok**  **bieżący** |
| Ziemia |  |  |  |
| Budynki |  |  |  |
| Pozostały rzeczowy majątek,  w tym:  .................................................................  .................................................................  ............................ |  |  |  |
| Zapasy  w tym:  .................................................................  .................................................................  ............................. |  |  |  |
| Środki na rachunku bankowym |  |  |  |
| Inne |  |  |  |
| Należności od odbiorców |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

**Tabela nr 2**

**Źródła finansowania majątku zakładu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Wartość w zł.** | | |
| **Rok**  **2023** | **Rok**  **2024** | **Rok**  **bieżący** |
| Kapitał własny |  |  |  |
| Zewnętrzne źródła finansowania:  - kredyty  - inne zobowiązania długoterminowe |  |  |  |
| Zobowiązania wobec dostawców |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |

1. **Informacja o liczbie zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu**

**pracy pracowników w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających dzień**

**złożenia wniosku;**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesiąc** | **Liczba osób**  **w przeliczeniu na etaty** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 2. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |

Uzasadnienie ewentualnego zmniejszenia zatrudnienia:

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

**4. Informacja o liczbie zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy pracowników w dniu złożenia wniosku**:

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

1. **DANE DOTYCZĄCE TWORZONEGO STANOWISKA PRACY:**

**1. Miejsce tworzonych stanowisk pracy ( adres )** ………………………………………..

1. **Ilość tworzonych stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych/skierowanych opiekunów٭:** .................................................................................................................
2. **Wymiar czasu pracy skierowanych opiekunów٭**: ………………………………….
3. **Kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do pracy, jakie powinni spełniać bezrobotni/opiekunowie٭ skierowani przez Powiatowy Urząd Pracy:**

**- wykształcenie:** ………………………………………………………………………

**- doświadczenie:** ……………………………………………………………………….

**- umiejętności/uprawnienie:** …………………………………………………………..

1. **Kalkulacja wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy , źródła ich finansowania oraz informacje o tworzonych stanowiskach pracy:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa stanowiska  pracy | Rodzaj wykonywanej pracy przez skierowanych bezrobotnych/skierowanych opiekunów٭ | Liczba osób przewidz. do zatr. /  /wymiar  czasu pracy | Koszt  wyposażenia lub  doposażenia stanow. pracy  (6+7+8) | Kalkulacja wydatków | | |
| Źródła finansowania | | |
| Środki Funduszu Pracy | Środki własne | Inne źródła (jakie ?) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| **razem** | | |  |  |  |  |  |

1. **Kwota kosztów jakie zostaną poniesione w okresie 24 m-cy z tytułu zatrudnienia skierowanych na stanowiska pracy bezrobotnych/skierowanych opiekunów٭, obejmujących wypłatę wynagrodzeń brutto oraz opłaconych od tych wynagrodzeń składek na ubezpieczenia społeczne:**

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

**III. DANE DOT. REFUNDACJI WYPOSAŻENIA LUB**

**DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

1. **Wysokość wnioskowanej refundacji (maksymalnie do wysokości 6 – krotnego przeciętnego wynagrodzenia ogłoszonego przez Prezesa GUS na jedno miejsce**

**pracy ) :**

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

1. **Przewidywany termin utworzenia stanowisk pracy:**

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

**3. Proponowane formy zabezpieczenia spłaty otrzymanej refundacji :**

**/ poręczenie cywilne, akt notarialny o dobrowolnym poddaniu się egzekucji /**

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

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

data miejscowość pieczątka, podpis wnioskodawcy\*\*

**ZAŁĄCZNIKI**

1. Specyfikacja i harmonogram wydatków w ramach wnioskowanej refundacji – zał. nr 1
2. Oświadczenie - załącznik nr 2
3. Dodatkowe dane dot. stanowiska pracy – załącznik nr 3
4. Kopia dokumentu poświadczającego prawną formę zakładu:

A/ umowa spółki cywilnej,

B/ oświadczenie o posiadaniu gospodarstwa rolnego w rozumieniu przepisów o podatku rolnym

lub prowadzeniu działu specjalnego produkcji rolnej .

1. W przypadku producenta rolnego dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.

Z**ałącznik nr 1**

do wniosku o refundację kosztów

wyposażenia lub doposażenia

**Szczegółowa specyfikacja wydatków**

**dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy**

**w ramach wnioskowanych środków**

**na sprzęt fabrycznie nowy**

**( dla każdego stanowiska pracy oddzielnie )**

1. Rodzaj stanowiska pracy: …………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa wydatku | Uzasadnienie wydatku pod kątem refundowanego stanowiska pracy | Kwota brutto |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| RAZEM | | |  |

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

pieczątka, podpis Wnioskodawcy\*\*

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

do wniosku o refundację kosztów

wyposażenia lub doposażenia

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Oświadczam, że:

1. Świadom odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego, jednocześnie oświadczam pod rygorem wypowiedzenia umowy o refundację, że informacje zawarte we wniosku i załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
3. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, PFRON oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
4. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych.
5. Prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów Prawo przedsiębiorców, przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, z tym że do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej, a w przypadku przedszkola i szkoły – prowadzeniu działalności na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.
6. Nie byłem karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 06.06.1997r. – Kodeks Karny ( Dz. U. 2024 poz. 17 ze zm.) lub ustawy z 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz.U. 2024, poz. 1822).
7. \**Dotyczy podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą*: Spełniam warunki wynikające z rozporządzenia do otrzymania wnioskowanej refundacji na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy, w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 2023/2831 z 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* (Dz.U. L 2023.2831).
8. *\*Dotyczy producentów rolnych:* Spełniam warunki wynikające z rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 z 18 grudnia 2013 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* w sektorze rolnym (Dz.U. UE L 2013.352.1 z późn. zm),
9. \**Dotyczy niepublicznych przedszkoli i niepublicznych szkół:* Spełniam warunki wynikające z rozporządzenia Komisji (WE) 2023/2831 z 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* (Dz.U. L 2023.2831).
10. Znam i rozumiem przepisy rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14.07.2017 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej.
11. Będę poddawał się kontroli ze strony urzędu pracy ustalenia czy realizacja projektu przebiega prawidłowo oraz będę przedstawiał prawdziwe i rzetelne informacje związane z realizowanym projektem na każde żądanie urzędu pracy.
12. Jestem świadom konieczności zwrotu przekazanych refundacji w całości lub w części wraz z odsetkami ustawowymi od dnia udzielenia pomocy, zgodnie z dyspozycją urzędu pracy, w przypadku nie wywiązania się z postanowień umowy.
13. Nie zostałem objęty sankcjami, o których mowa w ustawie z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.
14. W ciągu 36 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku :

- korzystałem\*/ nie korzystałem\* z pomocy *de minimis* w kwocie …………......

………………………………………………………………………… euro,

- otrzymałem\*/ nie otrzymałem\* pomoc publiczną w wysokości ………………….

………………………………………………………………………… euro.

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

data miejscowość pieczątka, podpis wnioskodawcy

\* niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 3**

do wniosku o refundację kosztów

wyposażenia lub doposażenia

**DODATKOWE DANE DOTYCZĄCE**

**STANOWISKA PRACY**

* + - 1. Nazwa zawodu (wg Klasyfikacji Zawodów i Specjalności)

…………………………………………………………………………………………….

1. System i rozkład czasu pracy:
2. jednozmianowy od godz. …….. do godz. ……..
3. wielozmianowy

I zmiana od godz. …….. do godz. ……..

II zmiana od godz. …….. do godz. ……..

III zmiana od godz. …….. do godz. ……..

1. inny ( ruch ciągły, równoważny, zadaniowy, itp.)
2. Dodatkowe informacje:
3. wyżywienie □ TAK □ NIE
4. zakwaterowanie □ TAK □ NIE
5. inne ( podać jakie) ……………………….
6. Proponowane wynagrodzenie brutto …………………….
7. System wynagradzania ( miesięczny, akordowy, prowizyjny, premiowy, inny) …………………………….
8. Poziom wykształcenia:
9. brak
10. podstawowe
11. gimnazjalne
12. zasadnicze zawodowe …………………..
13. średnie ogólnokształcące
14. średnie zawodowe ………………...
15. wyższe ……………………..

**………………………………**

podpis wnioskodawcy

……………………………….. Gryfice, dn. ………………….

/ Pieczęć wnioskodawcy /

**OŚWIADCZENIE**

###### Świadom/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych / art. 233 k.k. / oświadczam, iż nie rozwiązałem stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot, przedszkole lub szkołę albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośredni poprzedzających dzień złożenia wniosku.

Jeśli stosunek pracy ustał w związku z rozwiązaniem umowy z inicjatywy pracodawcy nastąpiło to w wyniku: …………………………………………. ……………………………...

/ Tryb i podstawa prawna rozwiązania stosunku pracy/

……………………………….

/czytelny podpis wnioskodawcy/

……………………………….. Gryfice, dn. ………………….

/ Pieczęć wnioskodawcy /

**OŚWIADCZENIE**

###### Świadom/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych / art. 233 k.k. / oświadczam, iż nie obniżyłem wymiaru czasu pracy pracownika w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.

……………………………….

/czytelny podpis wnioskodawcy/

……………………………….. Gryfice, dn. ………………….

/ Pieczęć wnioskodawcy /

**OŚWIADCZENIE**

###### Świadom/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych / art. 233 k.k. / oświadczam, iż nie rozwiążę z pracownikiem umowy o pracę oraz nie obniżę wymiaru czasu pracy pracownika w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot, przedszkole lub szkołę bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracownika w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.

……………………………….

/czytelny podpis wnioskodawcy/