................................................................. 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 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, 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.**

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 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. 913846450, lub e-mail: [iod@gryfice.pl](mailto:iod@gryfice.pl);
3. Pani/Pana/Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, 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 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia jest obligatoryjne. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości realizacji zadań wynikających z ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia;
10. Pani/Pana/Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji będzie odbywało się na zasadach określonych w ustawie z dnia 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia.

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 dokumentów potwierdzających 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. W przypadku gdy wnioskodawcy przysługuje prawo do obniżenia podatku od towarów i usług należnego o kwotę podatku naliczonego, refundacja obejmuje wydatki na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy bez podatku od towarów i usług.
7. Złożenie wniosku nie gwarantuje otrzymania środków na refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.
8. Od negatywnego stanowiska urzędu nie przysługuje odwołanie.
9. 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).
10. Przy zabezpieczeniu w formie aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji konieczne jest ustanowienie dodatkowego zabezpieczenia.

………………………………………….

(Podpis Wnioskodawcy)

**INFORMACJE OGÓLNE**

1. **Dane o podmiocie prowadzącym dział. Gospodarczą, producencie rolnym, niepublicznym przedszkolu lub niepublicznej szkole, :**

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

b ) adres siedziby albo adres miejsca zamieszkania

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

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

d ) numer ewidencyjny PESEL w przypadku osoby fizycznej

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

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

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

f ) forma prawna prowadzonej działalności ….............................................................................................................................

(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)……………………………………………….

1. 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 osób, którym Wnioskodawca zmniejszył wymiar czasu pracy w okresie ostatnich 6 miesięcy ………**
2. **Informacja o liczbie zwolnionych pracowników, w okresie ostatnich 6 miesięcy, z podaniem przyczyny ich zwolnienia ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**
3. **Informacja o uzupełnieniu stanu zatrudnienia ze wskazaniem wymiaru czasu pracy ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**
4. **Informacja o zwiększeniu wymiaru czasu pracy pracowników ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**IV. 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:** …………………………………………………………..

\* niepotrzebne skreślić

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 12/18\* 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:**

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

\*niepotrzebne skreślić

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

**DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

1. **Wysokość wnioskowanej refundacji :**

* ………………………….. **do 4-krotności przeciętnego wynagrodzenia z obowiązkiem utrzymania stanowiska pracy przez okres co najmniej 12 miesięcy**
* ………………………….. **do 6-krotności przeciętnego wynagrodzenia z obowiązkiem utrzymania stanowiska pracy przez okres co najmniej 18 miesięcy**

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

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

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

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

**(poręczenie cywilne, blokada środków zgromadzonych na rachunku płatniczym, akt notarialny o dobrowolnym poddaniu się egzekucji \*)**

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

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

data miejscowość pieczątka, podpis Wnioskodawcy

Przy zabezpieczeniu w formie aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji konieczne jest ustanowienie dodatkowego zabezpieczenia.

\*niepotrzebne skreślić

**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 co najmniej 1 pracownika 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  netto/brutto |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| RAZEM | | |  |

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

pieczątka, podpis Wnioskodawcy

\*niepotrzebne skreślić

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

do wniosku o refundację kosztów

wyposażenia lub doposażenia

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

„Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającego z art. 233 §1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny” i oświadczam, że:

1. Wnioskodawca oraz osoby reprezentujące podmiot ubiegający się o refundację i osoby zarządzające podmiotem w okresie ostatnich 2 lat nie były prawomocnie skazane za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilno-prawnym na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony w przepisach prawa obcego.
2. Wykonuję działalność gospodarczą przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (do wskazanego okresu nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej), a w przypadku niepublicznego przedszkola lub niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego lub niepublicznej szkoły – działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.
3. W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku nie zmniejszyłem wymiaru czasu pracy i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – uzupełniłem wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia.
4. \*Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
5. \*Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.
6. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
7. Nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
8. \*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.
9. \*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
10. \*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.
11. Będę poddawał się kontroli ze strony urzędu pracy w celu ustalenia, czy realizacja umowy przebiega prawidłowo oraz będę przedstawiał prawdziwe i rzetelne informacje związane z realizowanym umową na każde żądanie urzędu pracy.
12. Jestem świadom konieczności zwrotu przekazanych refundacji w całości lub w części wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia ich otrzymania do dnia dokonania zwrotu, 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