

.....
/pieczęć wnioskodawcy/

Siemianowice Śląskie, dn.

.....
/pozycja w rejestrze zgłoszeń PUP/

POWIATOWY URZĄD PRACY
41-103 Siemianowice Śląskie
ul. Wyzwolenia 17

W N I O S E K
O REFUNDACJĘ KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY
DLA SKIEROWANEGO BEZROBOTNEGO

na zasadach określonych w :

ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (tj. Dz. U. z 2025 r, poz. 620), rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14.07.2017 r. w sprawie dokonywania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. 2022 r. poz. 243 z późn. zm.), rozporządzenie Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023), rozporządzenie 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 (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9, z późn. zm.)

I. DANE WNIOSKODAWCY:

a) Nazwa i/lub imię i nazwisko (w przypadku osoby fizycznej)

.....

b) Adres siedziby i / lub miejsca zamieszkania

.....

c) PESEL (w przypadku osoby fizycznej)

d) Nr telefonu / telefonu komórkowego i / oraz, e-mail

.....

e) Oznaczenie formy prawnej:

f) Rodzaj prowadzonej działalności:

g) Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej

h) REGON NIP PKD

i) Nazwa banku oraz nr rachunku bankowego

Nazwiska i imiona oraz stanowiska służbowe osób uprawnionych do podpisania umowy:

.....
/nazwisko i imię/

.....
/stanowisko/

.....
/nazwisko i imię/

.....
/stanowisko/

II. DANE DOTYCZĄCE TWORZONYCH MIEJSC PRACY

1. Utrzymanie stanowiska pracy utworzonego w związku z przyznaną refundacją przez okres co najmniej 18 miesięcy, a w przypadku przyznania refundacji w kwocie nie większej niż 4-krotność przeciętnego wynagrodzenia – co najmniej przez 12 miesięcy.

2. Refundacja zostanie przeznaczona na utworzenie dodatkowego stanowiska pracy w:

.....
(miejsce wykonywania pracy / adres zatrudnienia)

L.p.	Rodzaj pracy (stanowisko) Zgodnie z klasyfikacją zawodów	Liczba miejsc pracy	Wykształcenie / wymagane kwalifikacje/ doświadczenie	Godziny pracy / zmianowość	Wynagrodzenie brutto

3. Kalkulacja kosztów własnych pracodawcy z tytułu zatrudnienia skierowanych na stanowiskach pracy bezrobotnych obejmujące wypłatę wynagrodzeń brutto oraz opłaconych od tych wynagrodzeń składek na ubezpieczenie społeczne.

L.p.	Nazwa stanowiska pracy	Wnioskowana wysokość refundacji na tworzone stanowisko pracy	Koszty własne Pracodawcy (zł.)		
			Wynagrodzenie brutto pracowników za okres 18/12 miesięcy	Składki na ubezpieczenie społeczne od tych wynagrodzeń za okres 18/12 miesięcy	Koszty ogółem (4+5)
1	2	3	4	5	6
RAZEM					

4. Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie dla tworzonych / ego stanowisk / a pracy oraz źródła ich finansowania.

L.p.	Nazwa stanowiska pracy	Koszt utworzenia stanowiska pracy	Źródła finansowania nowych stanowisk pracy		
			Fundusz Pracy	Środki Własne	Inne (podać źródła)

5. Szczegółowa specyfikacja 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.

L.p.	Nazwa stanowiska pracy	Nazwa wydatku	Koszty wydatku z uwzględnieniem:		
			Kwota netto	VAT	Kwota brutto
SUMA					

6. Oświadczam, iż **przysługuje / nie przysługuje** mi prawo do obniżenia podatku od towarów i usług należnego o kwotę podatku naliczonego.

UWAGA!

W przypadku gdy przedsiębiorcy, w tym żłobkowi lub klubowi dziecięcemu lub podmiotowi świadczącemu usługi rehabilitacyjne, przedsiębiorstwu społecznemu, niepublicznemu przedszkolu lub niepublicznej innej formie wychowania przedszkolnego, niepublicznej szkole lub producentowi rolnemu 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. Rodzaj pracy jaka będzie wykonywana przez skierowanego/ych bezrobotnego/ych:

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

III. PROPONOWANA FORMA ZABEZPIECZENIA REFUNDACJI

1. Formą zabezpieczenia zwrotu refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy (właściwe zaznaczyć) mogą być, np.:

☐ weksel z poręczeniem wekslowym

1 a) Nazwisko i Imię poręczyciela.....

b) Źródło dochodu

c) Miesięczne wynagrodzenie / dochód brutto

2 a) Nazwisko i Imię poręczyciela.....

b) Źródło dochodu

c) Miesięczne wynagrodzenie / dochód brutto

☐ weksel In blanco ¹

☐ gwarancja bankowa

☐ blokada rachunku bankowego

☐ zastaw na prawach lub rzeczach

☐ umowa poręczenia

☐ akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika ¹

1) Przy zabezpieczeniu w formie weksla In blanco albo aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji jest konieczne ustanowienie dodatkowego zabezpieczenia.

.....
(Pieczęć i podpis wnioskodawcy lub osób
uprawnionych do reprezentacji)

Załączniki:

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc DE MINIMIS.
2. Zaświadczenia potwierdzające otrzymanie pomocy DE MINIMIS / pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc DE MINIMIS, otrzymanej w okresie ostatnich trzech lat.
3. Informacje dotyczące sytuacji ekonomicznej wnioskodawcy, a także sprawozdania finansowe za okres 3 ostatnich lat obrotowych, sporządzane zgodnie z przepisami o rachunkowości (**w przypadku przedsiębiorców, do których stosuje się przepisy o rachunkowości**).
4. Specyfikacja wnioskowanych zakupów
5. Kserokopia umowy spółki cywilnej potwierdzona za zgodność z oryginałem **/dot. tylko spółek cywilnych/**
6. Dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie ostatnich 6-ciu miesięcy przed dniem złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej 1 pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie **/dot. tylko producentów rolnych/**

.....
(Pieczęć i podpis wnioskodawcy lub osób
uprawnionych do reprezentacji)

OŚWIADCZAM ŻE:

1. Wnioskodawca, osoby reprezentujące wnioskodawcę i osoby zarządzające wnioskodawcą 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 cywilnoprawnym na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego;
2. Przez ostatnie 6 miesięcy przedsiębiorca, w tym żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne, wykonywał działalność gospodarczą, 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 ostatnich 6 miesięcy wnioskodawca nie zmniejszył wymiaru czasu pracy i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – uzupełnił wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia;
4. Wnioskodawca nie zalega z:
 - a) wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
 - b) opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne;
5. Wnioskodawca nie zalega z opłacaniem innych danin publicznych;
6. Wnioskodawca nie posiada nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
7. Skierowani bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujących pracownikom zatrudnionym na czas nieokreślony.
8. Spełniam warunki określone w rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14.07.2017r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. 2022 r. , poz. 243 z późn. zm).
9. Nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
10. Prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej przez okres co najmniej 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku (do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej), a w przypadku przedszkola i szkoły – prowadzę działalność na podstawie ustawy z dn. 7 września 1991 r. o systemie oświaty przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.
11. Nie posiadam nieobsadzonych stanowisk pracy wynikających z poprzednio zawartych umów o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego.

12. Oświadczam, że w okresie ostatnich 3 lat otrzymałem / nie otrzymałem euro środków stanowiących pomoc de minimis. W przypadku otrzymania pomocy de minimis do wniosku należy dołączyć wszystkie zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w ostatnich trzech latach.

13. Wyrażam zgodę na wystąpienie przez Powiatowy Urząd Pracy w Siemianowicach Śląskich ul. Wyzwolenia 17, 41-103 Siemianowice Śląskie do Krajowego Rejestru Długów Biura Informacji Gospodarczej SA o ujawnienie informacji gospodarczych podmiotu, który reprezentuję.

14. W okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku, zatrudnienie w zakładzie przedstawiało się następująco:

miesiąc						
liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy						

15. W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać liczbę zwolnionych pracowników i przyczynę zwolnień:

.....
.....

16. Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełen etat pracowników na dzień złożenia wniosku:

.....

17. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na, iż refundacja jest dokonywana na wniosek pracodawcy po przedłożeniu rozliczenia i udokumentowania poniesionych w okresie od dnia zawarcia umowy do dnia złożenia rozliczenia kosztów na wyposażenie lub doposażenie stanowisk pracy oraz stwierdzeniu przez PUP utworzenia stanowiska pracy i zatrudnieniu na tym/ych stanowisku/ach skierowanego/ych bezrobotnego/ych.

.....
(Pieczęć i podpis wnioskodawcy lub osób uprawnionych do reprezentacji)

UWAGA!

DO CZASU PRZEKAZANIA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ POWYŻSZYCH INFORMACJI LUB ZAŚWIADCZEŃ, POMOC NIE MOŻE BYĆ UDZIELONA

WNIOSKI NIEKOMPLETNE I NIEUZUPEŁNIONE NIE BĘDĄ PODLEGAĆ ROZPATRZENIU.

FAKT ZŁOŻENIA WNIOSKU NIE GWARANTUJE OTRZYMANIA REFUNDACJI.

OD NEGATYWNEGO ROZPATRZENIA WNIOSKU NIE PRZYSŁUGUJE ODWOŁANIE

PRYZANIE REFUNDACJI JEST RÓWNOZNACZNE Z WYRAŻENIEM ZGODY WNIOSKODAWCY NA PODANIE DO WIADOMOŚCI PUBLICZNEJ PRZEZ PUP DANYCH FIRMY POPRZECZ UMIESZCZENIE ICH NA STRONIE INTERNETOWEJ (zgodnie z art. 80 ust. 1 Ustawy z dnia 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. 2025, poz. 620)

URZĄD PRACY MOŻE ZAWRZEĆ UMOWĘ POD WARUNKIEM MOŻLIWOŚCI FINANSOWANIA WYDATKÓW UWZGLĘDNIONYCH WE WNIOSKU O REFUNDACJĘ W RAMACH PRYZNANEGO NA DANY ROK LIMITU NA FINANSOWANIE INSTRUMENTÓW RYNKU PRACY.

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art. 233 k.k.)

.....
(Pieczęć i podpis wnioskodawcy lub osób uprawnionych do reprezentacji)