……..……………, dnia……………

**POWIATOWY URZĄD PRACY w Skierniewicach**

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

pozycja rejestru zgłoszeń – data wpływu wniosku

**WNIOSEK**

**O REFUNDACJĘ KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA\* STANOWISKA PRACY DLA SKIEROWANEGO BEZROBOTNEGO**

*na zasadach określonych w Ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018r. poz. 1265 z późn. zm.) oraz 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 2017r. poz. 1380).*

Wnioskuję o refundację kosztów zorganizowania …………. stanowisk pracy, w wysokości …………………………zł. słownie: …………………………………………………………………

1. **Podstawowe informacje o podmiocie prowadzącym działalność gospodarczą:**

- Pełna nazwa podmiotu lub imię i nazwisko………………………………………………….......

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

- PESEL (w przypadku osoby fizycznej)……………………………………………………………

* Adres siedziby podmiotu:………………………………………………………………………….

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

* Numery telefonu:…………………………………………….. fax ………………………………
* Miejsce prowadzenia działalności:………………………………………………………………...

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

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

1

* Numer identyfikacyjny w krajowym rejestrze urzędowym podmiotów gospodarki narodowej REGON:…………………………………………………………………………………………..
* Numer identyfikacji podatkowej NIP:…………………………………………………………….
* Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności:……………………………………………

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

* Symbol podklasy prowadzonej działalności według PKD w związku, z którą wnioskodawca ubiega się o pomoc:………………………………………………………….................................

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

* Podmiot prowadzi działalność od dnia: …………………………………………………………..
* Właściciele:……………………………………………………………………………………......

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

* Forma rozliczeń z urzędem skarbowym:………………………………………………………….
* Nazwa banku i numer rachunku bankowego:……………………………………………………..

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

1. **Informacja na temat zatrudnienia**
* Liczba stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych: …………
* Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowane osoby bezrobotne:…………………..

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

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

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

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

* Miejsce tworzenia dodatkowych miejsc pracy……………………………………………...

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

2

* Charakterystyka tworzonych miejsc pracy:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa stanowiska** | **Liczba stanowisk** | **Wymiar czasu pracy skierowanych bezrobotnych** | **Wykształcenie** | **Kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy** | **Status osoby dla której jest tworzone stanowisko\*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\****Osoba* w wieku 18-29 (która nie ukończyła 30 roku życia), spełniająca łącznie trzy warunki:**

* **nie pracuje** (tj. jest bezrobotna lub bierna zawodowo),
* **nie kształci się** (tj. nie uczestniczy się w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym albo zaniedbuje obowiązek szkolny lub nauki),
* **nie szkoli się** (tj. nie uczestniczy w pozaszkolnych zajęciach mających na celu uzyskanie, uzupełnienie lub doskonalenie umiejętności i kwalifikacji zawodowych lub ogólnych potrzebnych do wykonywania pracy, finansowanych ze środków publicznych - w okresie 4 ostatnich tygodni od daty przystąpienia do projektu - skierowania na doposażenie lub wyposażenie stanowiska pracy).
* **długotrwale bezrobotna,**
* **o niskich kwalifikacjach,**
* **osoba z niepełnosprawnościami.**

3

**Analiza finansowa**

* Kalkulacja wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie stanowisk pracy** | **Źródła finansowania** |
| **Środki własne** | **Środki FP** | **Inne źródła** |
| **Specyfikacja** | **Wartość brutto** |
|  | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | ……………………………….……………………………………………………………… | …………………………………………………….…………. | ……………………………………………………………………………… | ……………………………………………………………………………… |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |

4

**- Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy (uwzględniane mogą być tylko koszty poniesione w okresie od dnia zawarcia z Urzędem umowy do dnia rozliczenia), w tym zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn oraz środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa
i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Specyfikacja zakupów****w ramach wnioskowanej kwoty** | **Środek trwały \*\* w kwocie brutto** | **Wyposażenie****w kwocie brutto** | **Kwota w zł. brutto** | **Forma rozliczenia** |
|  |  |   |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |

\*niepotrzebne skreślić

\*\***środek trwały**- rzeczowe aktywa trwałe i zrównane z nimi, kompletne, zdatne do użytku i przeznaczone na potrzeby jednostki. Do składników majątku o wartości nieprzekraczającej 10 000 zł. podatnik sam decyduje o zaliczeniu ich do środków trwałych.

5

Prosimy uzasadnić niezbędność dokonania ww. zakupów (w formie: nr poz. – krótkie uzasadnienie):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6

* Proponowaną formą zabezpieczenia zwrotu refundacji jest\*:
* poręczenie - dane osobowe poręczyciela/poręczycieli (imię i nazwisko, adres, numer dowodu osobistego):

1)………………………………………………………………………………………...

 …………………………………………………………………………………………..

 2)………………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………………..

* weksel z poręczeniem wekslowym (aval) – dane osobowe poręczyciela (imię i nazwisko, adres, numer dowodu osobistego):…………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………………….

 ………………………………………………………………………………………….

* gwarancja bankowa,
* zastaw na prawach lub rzeczach,
* blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym,
* akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika

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

data i czytelny podpis podmiotu

7

**Oświadczam, że** **na dzień złożenia niniejszego wniosku:**

1. nie zmniejszyłem wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązałem w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, stosunku pracy z pracownikiem za wypowiedzeniem dokonanym z mojej strony bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników,
2. prowadzę działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów ustawy prawo przedsiębiorców przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzający dzień złożenia wniosku, z tym że do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej,
3. nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem składek na  ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych,
4. nie zalegam z opłacaniem w terminie innych danin publicznych,
5. nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
6. w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem karany za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r – 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 z póź. zm.).
7. spełniam warunki określone w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 roku w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do *pomocy de minimis* (Dz. Urz. UE L352, z dnia 24.12.2013, str.1),
8. wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy
w Skierniewicach dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy,
o której mowa w art. 51 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018r. poz. 1265 z późn. zm.), zgodnie z ogólnym rozporządzeniem
o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04 maja
2016 r.).

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

data i czytelny podpis podmiotu

**Oświadczam, iż zapoznałem się z przepisami:**

- Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1265 z późn. zm.),

- 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 podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U.  2017r. poz. 1380),

- Regulaminu w sprawie warunków i trybu dokonywania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Projektu „Aktywizacja osób młodych pozostających bez pracy w powiecie skierniewickim i mieście Skierniewice (IV)”.

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

 data i czytelny podpis podmiotu

8

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Kserokopia dokumentu potwierdzającego stan prawny firmy.
2. W przypadku poręczycieli oświadczenie potwierdzające wysokość osiąganych dochodów.
3. Oświadczenie o pomocy de minimis w zakresie wynikającym z art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U.
z 2018r. poz. 362).

4. Informacje określone w przepisach wydanych na podstawie art. 37 ust. 2a ustawy dnia
 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U.
 z 2018r., poz. 362) obejmujące:

 - informacje niezbędne do udzielenia pomocy de minimis dotyczących w szczególności wnioskodawcy i prowadzonej przez niego działalności gospodarczej oraz wielkości
i przeznaczeniu pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc
de minimis *-* formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis: wzór załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014r. (poz. 1543) w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis,*dostępny na stronie internetowej**Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów www.uokik.gov.pl w zakładce pomoc publiczna**informacje dodatkowe formularze informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc.*

5. Dane dotyczące zatrudnienia z 6 ostatnich miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku.

*Oryginały ww. dokumentów należy przedłożyć do wglądu.*

Informacja dla wnioskodawców:

1. Wnioski wypełnione nieczytelnie, nieprawidłowo sporządzone bądź nie zawierające kompletu załączników nie będą rozpatrywane.

9

**OŚWIADCZENIE O POMOCY PUBLICZNEJ**

Oświadczam, że…………………………………………………………………………………….

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

( imię i nazwisko oraz adres lub nazwa oraz adres podmiotu ubiegającego się o pomoc)

1. Otrzymałem/am w roku, w którym ubiegam się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat pomoc *de minimis*:

…………………………

(wpisać TAK lub NIE)

Jeżeli otrzymano pomoc *de minimis* należy podać jej wartość: ………………...… euro, wypełnić poniższe zestawienie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| **Łącznie** |  |

2. Otrzymałem/am pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc *de minimis:*

……………………………

(wpisać TAK lub NIE)

3. Ciąży na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomoc:

……………………………

(wpisać TAK lub NIE)

**Dane osoby upoważnionej do podpisania oświadczenia:**

………………………………….. ……………………………………..

Imię i nazwisko Data i podpis

**UWAGA:**

*Pomoc o którą, wnoszę łącznie z inną pomocą ze środków publicznych, niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym ze środków z budżetu Unii Europejskiej, udzieloną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych, nie spowoduje przekroczenie dopuszczalnej intensywności pomocy określonej dla danego przeznaczenia pomoc.*

10

**Dane dotyczące zatrudnienia w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzający dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesiąc - rok** | **Liczba pracowników zatrudnionych ogółem w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy** | **Przyczyna zmniejszenia zatrudnienia** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Średnia zatrudnienia z ostatnich 6 miesięcy |  |  |

* Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wynosi………. osób.

…………………………………

 data i czytelny podpis podmiotu

11

**Podpisane umowy w ramach refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska w okresie ostatnich 24 miesięcy:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nr umowy | Ilość osób | Okres realizacjiumowy(od – do) | Liczba pracowników nadal zatrudnionych po zakończeniu umowy w ramach refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

……………………………………

 data i czytelny podpis podmiotu

12

…………………………

 Skierniewice dn…………………………

…………………………

…………………………

 nazwa i adres podmiotu

**OŚWIADCZENIE O NIEKARALNOŚCI[[1]](#footnote-1)**

W związku z ubieganiem się o refundację kosztów wyposażenia/doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 w ramach projektu „Aktywizacja osób młodych pozostających bez pracy w powiecie skierniewickim i mieście Skierniewice (IV)” oświadczam, iż nie została orzeczona wobec mnie prawomocnym wyrokiem kara zakazu dostępu do środków, o których mowa art. 5 ust. 3 pkt. 1) i 4) ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 o finansach publicznych.

  **…………………………….**

 **pieczątka i podpis Podmiotu**

….……….………., dnia ………………

**OŚWIADCZENIE PORĘCZYCIELA**

Ja, niżej podpisany/a/ ……………………………………………………………., urodzony(-a) w ………………………………, dnia….…………………….., imię ojca………………….………, nazwisko rodowe ……………………………., stan cywilny……….…………… zamieszkały(-a) … - … ……………………………………... ul. …………..…………….…. nr ...… m ……, województwo……………………….., zameldowany(a) … - …. .……………………………….. ul.……….…………… nr …...… m ….…, województwo………………………, legitymujący(-a) się dowodem osobistym – seria ….… nr …..………….. wydanym przez ………………….………. ………………………..……………………………………………... PESEL ………………..……...

**ŹRÓDŁEM MOJEGO DOCHODU JEST:**

**Zatrudnienie:**

Jestem zatrudniony w………………………………………………………………………………....

 (pełna nazwa i adres pracodawcy)

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

na stanowisku ………………………………………………………………………………………...

Moje przeciętne miesięczne wynagrodzenie wynosi brutto ………..………………………. złotych,

słownie złotych ………………………………………………………………………………….........

na podstawie umowy o pracę zawartej w dniu ………………………………...… na czas określony/

nieokreślony\* do dnia ……………………………

Znajduję się / nie znajduję się\* w okresie wypowiedzenia umowy o pracę.

Zakład pracy znajduje się / nie znajduje się\* w stanie likwidacji / upadłości\*.

**Własna działalność gospodarcza:**

Pełna nazwa i adres firmy ………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………….... w zakresie..…………..……….….

……………………………………………………………. prowadzona od dnia …………………....

Mój miesięczny dochód netto wynosi ………………..… złotych, słownie złotych …………………………………………………………………………………………………

\* niepotrzebne skreślić

**Inne źródła dochodu:**

Źródłem mojego dochodu jest……………………………………………………………………….

Mój miesięczny dochód wynosi brutto………………………….……………………….… złotych,

słownie złotych ………………………………………………………………………………………

**Oświadczam, że:**

* nie jestem obciążony/a/ z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów - jestem obciążony/a/\* kwotą …………………….... słownie złotych.……………………………………………………........

wysokość miesięcznej raty ………………………… z tytułu.…………………………………………

* nie jestem obciążony/a/ - jestem obciążony/a/\* z tytułu kredytów, pożyczek w kwocie ……………............. /słownie złotych/.……………………………….……………………………..…

wysokość miesięcznej raty ……………………. w .………………………………………………..…

* nie jestem obciążony/a/ - jestem obciążony/a/\* z tytułu poręczenia umowy o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego
w kwocie…………………… /słownie złotych/.…………………………………………………….…
* nie posiadam - posiadam zobowiązanie wynikające z poręczenia innych umów zawartych z Powiatowym Urzędem Pracy w kwocie………………….…………………………… /słownie złotych/ .……….…………………………….………………………………………………………….

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowy Urząd Pracy w Skierniewicach moich danych osobowych dla celów związanych z refundacją kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego (zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04 maja 2016 r.).

 **............................................. dnia .................................. ...........................................................................................**

 **/czytelny podpis poręczyciela/**

\* niepotrzebne skreślić

1. Dotyczy ukarania karą zakazu dostępu ośrodków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1) i 4) ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 [↑](#footnote-ref-1)