Częstochowa, dnia .…………….......

 pieczęć Wnioskodawcy

 nr rej. wniosku

**WNIOSEK
w sprawie dokonywania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego przez Urząd Pracy**

1. Oznaczenie Wnioskodawcy – nazwa Pomiotu lub imię i nazwisko właściciela

* podmiot prowadzący działalność gospodarczą
* niepubliczne przedszkole i niepubliczna szkoła
* producent rolny
* niepubliczne przedszkole i niepubliczna szkoła
* żłobek lub klub dziecięcy tworzone i prowadzone przez osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej,
o których mowa w przepisach o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3
* podmiot prowadzący działalność gospodarczą polegającą na świadczeniu usług rehabilitacyjnych \*

 ***\* właściwe zakreślić***

1. **Adres siedziby** lub adres miejsca zamieszkania Wnioskodawcy

Adres do korespondencji

Telefon / e-mail
Miejsce wykonywania pracy przez bezrobotnego:

1. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej
2. REGON
3. NIP
4. Oznaczenie:

a. formy prawnej

 przedsiębiorstwo państwowe, spółka (jaka), spółdzielnia, itp.

b. formy opodatkowania

1. Osoba/y reprezentująca/e firmę

nazwisko i imię, adres zamieszkania, pesel

1. Nazwa banku

Nr rachunku bankowego zakładu

1. Rodzaj działalności

Symbol podklasy PKD

1. Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy pracowników:
	1. w dniu złożenia wniosku .
	2. w poszczególnych 6 miesiącach bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesiąc/rok** | **Stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy** | **Ogółem liczba ubezpieczonych pracowników (w osobach)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Pouczenie:*** *do liczby zatrudnionych nie wlicza się osób wykonujących pracę na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło, umowy o pracę nakładczą, uczniów, osób korzystających
z urlopów wychowawczych, macierzyńskich oraz urlopów bezpłatnych powyżej 3 miesięcy.*

1. Dokonywane zwolnienia w zakładzie w ciągu ostatnich 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku :
	1. za wypowiedzeniem dokonanym przez Pracodawcę :

liczba osób z powodu

* 1. na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników:

liczba osób z powodu

* 1. z innych przyczyn:

 liczba osób z powodu

* 1. zmniejszenie wymiaru czasu pracy pracownika

liczba osób z powodu

1. Informuję, iż **złożyłem(am) / nie złożyłem(am**) (*niepotrzebne skreślić)* wniosek w tut. Urzędzie dotyczący wsparcia na inne formy pomocy.

W przypadku złożenia wniosku na inną formę wsparcia proszę wymienić
na jaką

1. Liczba stanowisk pracy, które zostaną utworzone dla skierowanych bezrobotnych
 …….................
2. Opis tworzonych stanowisk.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zawodu, kod zawoduzgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy.Nazwa stanowiska. Rodzaj pracy jaka będzie wykonywana przez skierowanego bezrobotnego. System i rozkład czasu pracy (godziny pracy, zmianowość-jedna zmiana, dwie zmiany itp.)** | **Liczba miejsc pracy** | **Wymiar czasu pracy** | **Oczekiwania pracodawcy wobec kandydatów do pracy, wymagania jakie powinni spełniać bezrobotni skierowani przez PUP** |
| **Osoba bezrobotna** | **Opiekun**  | **Absolwent poszukujący pracy** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |           |  |  |  |  | poziom wykształcenia   kierunek/specjalność   staż pracy uprawnienia/umiejętności   znajomość języków obcych  poziom znajomości języków obcych:w mowie w piśmie  |
|  |          |  |  |  |  | poziom wykształcenia   kierunek/specjalność   staż pracy uprawnienia/umiejętności   znajomość języków obcych  poziom znajomości języków obcych:w mowie w piśmie  |

***Wskazane przez Pracodawcę wymagania w tab. 14 stanowią podstawę przyznania refundacji
i będą wiążące przez cały okres trwania umowy, aż do jej wygaśnięcia.***

*Na refundowanym stanowisku pracy nie może być zatrudniony współmałżonek Pracodawcy.
W przypadku braku osób bezrobotnych o wskazanych we wniosku kwalifikacjach zawodowych
w celu kontynuacji umowy Pracodawca jest zobowiązany do zatrudnienia osób bezrobotnych
i przyuczenia ich do pracy na stanowisku utworzonym w związku z przyznaną refundacją.*

1. Kalkulacja wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy oraz źródła
ich finansowania.

***Zestawienie nie może zawierać wydatków, na których finansowanie Wnioskodawca
otrzymał wcześniej środki publiczne.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa maszyny, urządzenia, wyposażenia itp.** | **Ilość sztuk** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość ogółem (suma kolumn 6 i 9)** | Źródła finansowania w zł. |
| Środki własne | **Refundacja PUP** |
| **NETTO** | **VAT** | **BRUTTO** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
|  | **Stanowisko I** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ogółem: |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa maszyny, urządzenia, wyposażenia itp.** | **Ilość sztuk** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość ogółem (suma kolumn 6 i 9)** | Źródła finansowania w zł. |
| Środki własne | **Refundacja PUP** |
| **NETTO** | **VAT** | **BRUTTO** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| **Stanowisko II** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ogółem: |  |  |  |  |  |  |  |

*Środki własne, to wkład własny Pracodawcy, niezbędny do całkowitego utworzenia stanowiska pracy.*

1. Wnioskowana kwota kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy w zł:

***Kwota wnioskowana musi być równa z kwotą ogółem ujętą w tab. 15 kol. 9
oraz z sumą kwot „Razem” ujętą w tab.17***

Oświadczam, że **przysługuje / nie przysługuje** *(niepotrzebne skreślić)*mi prawo
do obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego zawartego
w wykazywanych wydatkach lub prawo do zwrotu podatku naliczonego zgodnie
z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.

1. Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących zakupów wyposażenia
lub doposażenia stanowiska pracy w ramach środków refundacji z Powiatowego Urzędu Pracy ujętych w pkt 15, kol. 9, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowisk pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy
oraz wymaganiami ergonomii.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Szczegółowa specyfikacja zakupów w ramach wnioskowanej kwoty (nazwa maszyn, urządzeń, wyposażenia)** | **Przewidywany termin zakupu (max. 30 dni od dnia podpisania umowy z PUP)** | **Kwota brutto w zł** | **Miesięczne wynagrodzenie brutto pracownika System wynagradzania** |
|  | Stanowisko I Nazwa stanowiska Zakupy, które będą finansowane w ramach refundacji na wnioskowane stanowisko:        |       **Razem:** |        |     |
|  | Stanowisko II Nazwa stanowiska Zakupy, które będą finansowane w ramach refundacji na wnioskowane stanowisko:        |       **Razem:** |        |    |

1. Miejsce zgłoszenia się skierowanego bezrobotnego do pracy

1. Osoba do kontaktu ze strony Pracodawcy:

a. imię i nazwisko

b. stanowisko

c. tel. kontaktowy

d. termin lub godziny wyznaczone do kontaktu z Pracodawcą

e. wymagane dokumenty dodatkowe niezbędne do przeprowadzenia rozmowy kwalifikacyjnej

1. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji

**Świadomy(a/mi) odpowiedzialności prawnej oświadczam(y), że dane zawarte
w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

Główny księgowy, data i podpis czytelny osoby
osoba prowadząca dokumentację lub osób uprawnionych
finansową – stempel imienny do reprezentowania Wnioskodawcy

(Właściciel, Dyrektor, Prezes)

nr dowodu osobistego
 i przez kogo wydany

pesel

nr dowodu osobistego
i przez kogo wydany

pesel

**Ponadto do wniosku załączam:**

1. zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o niezaleganiu w dniu złożenia wniosku z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych
oraz Fundusz Emerytur Pomostowych *(zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia),*
2. zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu w dniu złożenia wniosku
z opłatami z tytułu zobowiązań podatkowych (*zaświadczenie jest ważne 30 dni
od daty wystawienia)*,
3. w przypadku zatrudniania pracowników należy załączyć **deklaracje ZUS DRA**
z 6 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku,
4. w przypadku dokonania zwolnienia w zakładzie w ciągu ostatnich 6 miesięcy
należy przedłożyć do wglądu **świadectwa pracy**,
5. w przypadku wyboru aktu notarialnego o dobrowolnym poddaniu się egzekucji jako formy zabezpieczenia refundacji należy dołączyć wypełnione **oświadczenie majątkowe**,
6. informację o prowadzeniu rachunku Wnioskodawcy zawierającą nr rachunku
oraz nazwę banku,
7. zgłoszenie Krajowej Oferty Pracy, wypełnionej zgodnie z informacjami zawartymi
we wniosku,
8. załącznik nr 1 do wniosku (oświadczenie zbiorcze) ,
9. załącznik nr 2 do wniosku (oświadczenie o pomocy publicznej),
10. załącznik nr 3 do wniosku (oświadczenie dot. sankcji),
11. kserokopia umowy spółki, gdy działalność jest prowadzona w formie spółki cywilnej,
12. formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis(podstawa prawna: art. 37 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dot. pomocy publicznej - Dz. U. z 2023 r. poz. 702 z późn. zm.),
13. informacja dotycząca udzielenia refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy,
14. klauzula informacyjna RODO.

 miejscowość, data podpis i pieczęć firmowa Wnioskodawcy

Powiatowy Urząd Pracy w Częstochowie z siedzibą przy ul. Szymanowskiego 15
w Częstochowie jako administrator danych osobowych informuje, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji niniejszego wniosku i będą udostępniane jedynie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa lub umów powierzenia. Dane nie będą transferowane do państw trzecich oraz organizacji międzynarodowych. Podanie danych jest wymagane w związku z realizacją zadania administratora w zakresie niniejszego wniosku na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475 z późn. zm.). Dane będą przetwarzane do momentu ustania celu przetwarzania oraz w celach archiwalnych. Dane nie będą profilowane. Wszelkie informacje związane z danymi osobowymi można uzyskać kontaktując się z inspektorem ochrony danych Powiatowego Urzędu Pracy w Częstochowie pisząc
na adres: iod@czestochowa.praca.gov.pl.