**Załącznik nr 1 do umowy**

Częstochowa, dnia .…………….......

 pieczęć Wnioskodawcy

 nr rej. wniosku

**WNIOSEK
w sprawie dokonywania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy
dla skierowanego bezrobotnego/poszukującego pracy
niezatrudnionego i niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej**

1. Nazwa Pomiotu lub imię i nazwisko właściciela

Oznaczenie Wnioskodawcy\*

 przedsiębiorca

 niepubliczne przedszkole lub niepubliczna inna forma wychowania przedszkolnego,
 niepubliczna szkoła

 producent rolny

 żłobek lub klub dziecięcy tworzony i prowadzony 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 tworzące
 stanowiska pracy związane bezpośrednio ze sprawowaniem opieki
 nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć

 przedsiębiorca lub przedsiębiorstwo społeczne, prowadzące działalność
 polegającą na świadczeniu usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych,
 w tym usług mobilnych

 ***\* właściwe zaznaczyć***

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:
5. formy prawnej

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

2) 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:

 Tabela 1. Liczba zatrudnionych pracowników, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu
 pracy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesiąc/rok** | **Stan zatrudnieniaw przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy** | **Ogółem liczba ubezpieczonych pracowników (w osobach)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***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 oraz zmniejszenia wymiaru czasu pracy w zakładzie w ciągu ostatnich 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku :

Tabela 2. Dokonywane zwolnienia oraz zmniejszenia wymiaru czasu pracy w zakładzie
w ciągu ostatnich 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres informacji** | **Tak/Nie** | **Liczba osób****(jeśli TAK)** | **Powód** **(jeśli TAK)** |
| **1.** | Czy w okresie ostatnich 6 miesięcynastąpiło zmniejszenie **wymiaru czasu pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy**? |  |  |  |
| **2.** | Czy w okresie ostatnich 6 miesięcynastąpiło zmniejszenie **stanu zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy**? |  |  |  |
| **3.** | Czy w okresie ostatnich 6 miesięcynastąpiło zmniejszenie **wymiaru czasu pracy z innych przyczyn**? |  |  |  |
| **4.** | Czy w okresie ostatnich 6 miesięcynastąpiło zmniejszenie **stanu zatrudnienia z innych przyczyn**? |  |  |  |
| **5.** | Czy **uzupełniono wymiar czasu pracy** pracowników w okresie ostatnich6 miesięcy? |  |  |  |
| **6.** | Czy **uzupełniono stan zatrudnienia**w okresie ostatnich 6 miesięcy? |  |  |  |

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

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.

Tabela 3.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zawodu oraz kod zawodu**(zgodnie z klasyfikacjązawodów i specjalnościdla 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** | **Poszukujący pracy niezatrudniony i niewykonujących innej pracy zarobkowej opiekun osoby niepełnosprawnej** |
|  |           |  |  |  | poziom wykształcenia   kierunek/specjalność   staż pracy  osoba do przyuczeniauprawnienia/umiejętności   znajomość języków obcych  poziom znajomości języków obcych:w mowie w piśmie  |
|  |          |  |  |  | poziom wykształcenia   kierunek/specjalność   staż pracy  osoba do przyuczeniauprawnienia/umiejętności   znajomość języków obcych  poziom znajomości języków obcych:w mowie w piśmie  |

***Wskazane przez Pracodawcę wymagania w tabeli 3 stanowią podstawę przyznania refundacji
i będą wiążące przez cały okres trwania umowy, aż do jej wygaśnięcia.***

***UWAGA:***

*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.***

Tabela 4 . Kalkulacja wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy oraz źródła ich finansowania

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa maszyny, urządzenia, wyposażenia itp.** | **Liczbasztuk** | **Cena jednostkowa brutto****[zł]** | **Wartość ogółem w zł (suma kolumn 6 i 9)** | Źródła finansowania w zł |
| Środki własne | **Refundacja PUP** |
| **kwotaNETTO** | **kwotaVAT** | **KwotaBRUTTO** |
| **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 kwocie brutto ogółem ujętej w tabeli 4 kol. 9
oraz sumie kwot „Razem” ujętej w tabeli 5 kol. 4.***

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 tabeli 4, kol. 9, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowisk pracy
z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii.

Tabela 5. Szczegółowa specyfikacja wydatków

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | 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:

1) imię i nazwisko

2) stanowisko

3) tel. kontaktowy

4) termin lub godziny wyznaczone do kontaktu z Pracodawcą

5) 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)

1. nr dowodu osobistego
 i przez kogo wydany
2. pesel

1. nr dowodu osobistego
i przez kogo wydany
2. 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 lub zmniejszenia wymiaru czasu pracy w zakładzie
w ciągu ostatnich 6 miesięcy, należy przedłożyć do wglądu **świadectwa pracy** osób zwolnionych oraz **umowy o pracę** osób zatrudnionych w miejsce osób zwolnionych
lub osób, którym zmniejszono wymiar czasu pracy,
5. w przypadku wyboru aktu notarialnego o dobrowolnym poddaniu się egzekucji jako formy zabezpieczenia refundacji należy dołączyć wypełnione **oświadczenie majątkowe**
– załącznik nr 4a lub 4b do wniosku,
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. kserokopię 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),
13. informację dotyczącą udzielenia refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy,
14. klauzulę informacyjną 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 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia. 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.