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

 *pieczęć firmowa podmiotu*

 **Prezydent Miasta Zamość**

  **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Zamościu**

# **W N I O S E K**

**O REFUNDACJĘ ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU PRACY KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

1. **DANE DOTYCZĄCE PODMIOTU:**
2. Nazwa podmiotu, przedszkola, szkoły lub producenta rolnego:

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

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

adres siedziby: ........................................................................................................................................

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

tel................................................................fax……………………………………………..
e-mail …………………………………………………………...……………………………...

1. PESEL w przypadku osoby fizycznej.......................................................................

NIP...................................................REGON......................................................…...

Numer KRS ………………………………………

1. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej............................................................
2. Forma prawna prowadzonej działalności gospodarczej.........................................

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

1. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z

 Polską Klasyfikacją Działalności /PKD**/**..........................................................................

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

1. Miejsce pracy bezrobotnego/ych/ /adres/ ….…………………………………………..

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

1. Liczba pracowników zatrudnionych u pracodawcy:…………………………………
2. Liczba stanowisk pracy do wyposażenia dla osób bezrobotnych…………………..
3. **KALKULACJA WYDATKÓW NA WYPOSAŻENIE LUB DOPOSAŻENIE STANOWISKA PRACY
I ŹRÓDŁA ICH FINANSOWANIA:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Rodzaj zakupu: | Całkowita wartość brutto w PLN: | Źródła finansowania: | Określenie stanu prawnego planowanych zakupów:(nowe/używane) |
| Środki własne w PLN (brutto): | **Środki Funduszu Pracy/EFS w PLN****(brutto):** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  | --- |

1. **WNIOSKOWANA KWOTA BRUTTO REFUNDACJI**.................................................………….
2. **SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA WYDATKÓW DOTYCZĄCYCH DOPOSAŻENIA LUB WYPOSAŻENIA 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:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa poszczególnego wydatku[[1]](#footnote-1) (dot. stanowiska pracy, przez które rozumieć należy maszyny, urządzenia i rzeczy niezbędne do wykonywania pracy przez skierowaną osobę): | Uzasadnienie wydatków w zakresie ich adekwatności do wykonywanych czynności na refundowanym stanowisku oraz racjonalności poszczególnych wartości zakupów  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Uwaga:**

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

…………………………………………………………………………..

(data, pieczątka i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentacji)

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE STANOWISKA PRACY JAKIE WNIOSKODAWCA ZAMIERZA DOPOSAŻYĆ LUB WYPOSAŻYĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa stanowiska pracy**: |  |
| **Rodzaj prac**, które mają być wykonywane przez skierowanego bezrobotnego: |  |
| **Niezbędne lub pożądane kwalifikacje** **i inne wymogi** konieczne do wykonywania pracy przez skierowanego bezrobotnego (w tym np. poziom i kierunek wykształcenia, doświadczenie zawodowe, ukończone kursy itp.): |  |
| **Ogólny zakres obowiązków:** |  |
| **Adres miejsca,** w którym będzie doposażane lub wyposażane stanowisko pracy: |   |
| **Proponowane miesięczne wynagrodzenie** (brutto): |  |
| **Wymiar czasu pracy:** |  |

1. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji...............…………………….

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

1. Jestem/ nie jestem\* podatnikiem podatku od towarów i usług (VAT);

**Potwierdzam prawdziwość danych zawartych w niniejszym wniosku oraz ich zgodność ze stanem prawnym oraz faktycznym. Jednocześnie mam świadomość, że dane zawarte we wniosku znajdą swoje odzwierciedlenie w zawartej z Urzędem umowie.**

**Zaznaczamy, że rozpatrywane będą tylko wnioski kompletne i prawidłowo sporządzone.**

Data ........................................... ………………………………….
 *podpis osoby lub osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu, przedszkola, szkoły, producenta rolnego*

\*niepotrzebne skreślić

**Załączniki:**

1. Dokument określający tytuł prawny do nieruchomości/ lokalu, w którym mają zostać utworzone nowe miejsca pracy (w przypadku stacjonarnego stanowiska pracy).
2. Oświadczenie o korzystaniu lub niekorzystaniu z pomocy de minimis w okresie
3 minionych lat.
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis *(załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2024 r. (Dz. U. poz. 1206).*

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

**Posiadając pełną zdolność do czynności prawnych, zgodnie ze stanem faktycznym i w pełni świadomy w imieniu własnym / podmiotu, który reprezentuję\* oświadczam, że**:

1. w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku:
	1. **rozwiązałem/ nie rozwiązałem**\* stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia, dokonanego przez podmiot, przedszkole lub szkołę, producenta rolnego, żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne albo na mocy porozumienia stron, z przyczyn niedotyczących pracowników;
	2. **obniżyłem/ nie obniżyłem**\* wymiaru czasu pracy pracownika w drodze wypowiedzenia, dokonanego przez podmiot;
2. **prowadzę/ nie prowadzę**\* działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów zawartych w Ustawie
z dnia 6 marca 2018 r. – *Prawo przedsiębiorców*, przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej; a w przypadku przedszkola i szkoły – prowadzeniu działalności na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe;
3. **posiadam / nie posiadam**\* w okresie co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku gospodarstwo rolne w rozumieniu przepisów o podatku rolnym lub prowadzę dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych lub przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych\*\*

**zatrudniam/ nie zatrudniam\*** w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, w każdym miesiącu co najmniej jednego pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy **oraz zgłaszam / nie zgłaszam\*** w tym okresie pracownika do ubezpieczenia\*\*,

1. **zalegam/ nie zalegam**\* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie i w pełnej wysokości należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
2. **zalegam/ nie zalegam**\* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
3. **posiadam/ nie posiadam**\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
4. **byłem karany/ nie byłem karany**\* w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary;
5. **przysługuje/ nie przysługuje\*** mi prawo do odliczenia lub zwrotu, zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług - równowartości podatku naliczonego dotyczącego zakupionych towarów
i usług w ramach przyznanej refundacji;
6. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku:
	1. **zostałem/ nie zostałem\*** ukarany za naruszenie przepisów prawa pracy;
	2. **zostałem/ nie zostałem\*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy;
	3. **jestem/ nie jestem\*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
7. zapoznałem(liśmy) się z Kryteriami Powiatowego Urzędu Pracy w Zamościu dotyczącymi refundacji kosztów doposażenia/wyposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego **(kryteria dostępne są na stronie internetowej** [**zamosc.praca.gov.pl**](http://www.pup.nysa.pl/portal.php)

**\*** Niepotrzebne skreślić.

\*\* Punkt 3 dotyczy producenta rolnego.

(data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy
lub osoby uprawnionej do jego reprezentacji)

……………………………………….

*oznaczenie podmiotu*

# **Oświadczenie**

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

 *nazwa podmiotu*

nie /otrzymał/ pomocy publicznej innej niż de minimis odnoszącej się do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

**......................................**

*podpis i pieczątka*

**OŚWIADCZENIE O UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam, iż ……………………………………………………………..………………………………….

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

*nazwa wnioskodawcy i adres*

Posiadając pełną zdolność do czynności prawnych, w pełni świadomy, w imieniu Wnioskodawcy, którego reprezentuję, zgodnie ze stanem faktycznym oświadczam, że:

uzyskana refundacja w ramach refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy **będzie**/**nie** **będzie** stanowiła pomoc/-y de minimis lub de minimis w sektorze rolnym, lub de minimis w sektorze rybołówstwa lub akwakultury;

(kolejne punkty niniejszego oświadczenia dotyczą podmiotów podlegających przepisom o pomocy publicznej)

**otrzymałem/ nie otrzymałem** pomocy de minimis w okresie 3 lat[[2]](#footnote-2) od dnia złożenia wniosku (w okresie 3 lat podatkowych w przypadku pomocy de minimis w sektorze rolnym lub sektorze rybołówstwa i akwakultury):

* 1. pomoc de minimis o wartości…………………..…………………………..…… euro,
	2. pomoc de minimis w rolnictwie o wartości …..……………..…………………... euro,
	3. pomoc de minimis w rybołówstwie i akwakulturze o wartości ……..………...... euro,

**UWAGA! Przy ustalaniu wartości pomocy udzielonej Wnioskodawcy uwzględnia się także sumę wartości pomocy udzielonej przedsiębiorstwom powiązanym[[3]](#footnote-3).**

**spełniam**/**nie spełniam\*** warunki/-ów określone/-ych w rozporządzeniu Komisji (UE) nr **2023/2831** z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis – dla podmiotu,

**spełniam**/**nie spełniam\*** warunki/-ów określone/-ych w rozporządzeniu 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 – dla producenta rolnego,

**jestem**/**nie jestem\*** Wnioskodawcą, na którym ciąży obowiązek zwrotu wcześniej otrzymanej pomocy publicznej,

w sytuacji otrzymania pomocy publicznej lub pomocy de minimis, de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie i akwakulturze, w okresie od dnia złożenia niniejszego wniosku do dnia podpisania umowy z Urzędem zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Urzędu o fakcie uzyskania takiej pomocy.

(data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy
lub osoby uprawnionej do jego reprezentacji)

**\*** Niepotrzebne skreślić.

1. Rodzaj i nazwa środka trwałego, wyposażenia, maszyny, urządzenia, sprzętu, narzędzi, oprogramowania itp. [↑](#footnote-ref-1)
2. **3 minione lata** liczone zgodnie z art. 112 Kodeksu cywilnego, tj.: ”Termin oznaczony w tygodniach, miesiącach lub latach kończy się z upływem dnia, który nazwą lub datą odpowiada początkowemu dniowi terminu, a gdyby takiego dnia w ostatnim miesiącu nie było - w ostatnim dniu tego miesiąca. Jednakże przy obliczaniu wieku osoby fizycznej termin upływa z początkiem ostatniego dnia.” [↑](#footnote-ref-2)
3. **Przedsiębiorstwa powiązane** to kategoria ekonomiczna przedsiębiorstw, które tworzą grupę, tzw. **jedno przedsiębiorstwo**, poprzez bezpośrednią lub pośrednią kontrolę kapitału większościowego lub większości praw głosu (za pośrednictwem umów bądź, w niektórych przypadkach, indywidualnych udziałowców) lub przez zdolność wywierania dominującego wpływu na działalność danego przedsiębiorstwa.

Definicja **jednego przedsiębiorstwa** określona jest w art. 2 ust. 2 rozporządzenia Komisji (UE) nr **2023/2831** z dnia 13 grudnia 2023 r.
w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis, w art. 2 ust. 2 rozporządzenia 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 rolnictwa, [↑](#footnote-ref-3)