

| Numer wniosku | Sposób rozpatrzenia |  |
|---------------|---------------------|--|
|               | oczekuje            |  |
|               | pozytywnie          |  |
|               | negatywnie          |  |

## WNIOSEK

### o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego lub skierowanego poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu lub niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej<sup>1</sup>

na podstawie art. 46 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 roku, poz. 735 ze zm.) oraz § 2 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2022 r., poz. 243).

#### I DANE WNIOSKODAWCY

- Pełna nazwa lub imię i nazwisko  
.....
- Adres siedziby albo adres miejsca zamieszkania: .....
- Adres prowadzenia działalności: .....
- PESEL<sup>2</sup>: .....
- Nr telefonu: ..... email: .....
- Forma prawna prowadzonej działalności: .....
- Data rozpoczęcia prowadzenia działalności: .....
- Wielkość Wnioskodawcy<sup>3</sup>: .....
- Liczba pracowników: .....
- Symbol podklasy rodzaju działalności określony zgodnie z PKD: .....
- NIP: ..... REGON<sup>4</sup>: .....
- Numer rachunku bankowego i nazwa banku: .....
- Imię i nazwisko osoby reprezentującej Wnioskodawcę: .....
- Wnioskowana kwota refundacji: .....zł słownie: .....złotych.

#### II DANE DOTYCZĄCE PLANOWANYCH MIEJSC PRACY

- Liczba wyposażanych lub doposażonych stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych lub skierowanych opiekunów:  
.....
- Miejsce wykonywania pracy (adres): .....

<sup>1</sup> z wyłączeniem opiekunów osoby niepełnosprawnej pobierających świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, lub zasiłek dla opiekuna na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów

<sup>2</sup> w przypadku osoby fizycznej, jeśli został nadany

<sup>3</sup> należy wskazać: mikro, mały, średni lub duży przedsiębiorca

<sup>4</sup> jeśli został nadany

### 3. Wykaz stanowisk

| Lp. | Nazwa stanowiska pracy | Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe | Rodzaj pracy | Wymiar czasu pracy <sup>5</sup> |
|-----|------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------|
|     |                        |                                                              |              |                                 |

### 4. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji: *(właściwe podkreślić)*

- a) poręczenie,
- b) weksel z poręczeniem wekslowym (aval),
- c) gwarancja bankowa,
- d) zastaw na prawach lub rzeczach,
- e) blokada rachunku bankowego,
- f) akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika.

|                                                   |  |
|---------------------------------------------------|--|
| <b>Kandydat własny</b><br>(imię, nazwisko, adres) |  |
|---------------------------------------------------|--|

Wnoszę o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy zgodnie z art. 46 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 roku, poz. 735 ze zm.).

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

**Załączniki do złożonego wniosku, stanowiące jego integralną część:** (UWAGA: kserokopie winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem)

- Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy z wyszczególnieniem źródeł finansowania – Zał. nr 1.
- Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy – Zał. nr 2.
- Oświadczenia wnioskodawcy – Zał. nr 3.
- Informacja dodatkowa dla beneficjenta pomocy publicznej de minimis – Zał. Nr 4.
- Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis – Zał. nr 5.
- Wypełniony formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
- Dokument potwierdzający formę prawną podmiotu.

### Pouczenie:

Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.

Rozpatrzeniu podlega jedynie kompletny wniosek zawierający wszystkie wymagane załączniki oraz dodatkowe dokumenty.

Fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania środków z Funduszu Pracy. Starosta mając na względzie priorytety polityki lokalnego rynku pracy może przyznać środki na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy.

Starosta podejmując decyzję o uwzględnieniu wniosku bierze pod uwagę kolejność wpływu oraz racjonalne gospodarowanie środkami Funduszu Pracy, a także konieczność zapewnienia zgodności udzielania pomocy publicznej dla podmiotów prowadzących działalność gospodarczą z warunkami dopuszczalności pomocy na zatrudnienie lub warunkami pomocy dla małych i średnich przedsiębiorstw oraz zasadami udzielania pomocy *de minimis*.

Środki publiczne przeznaczone na sfinansowanie wydatków związanych z refundacją kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy są limitowane decyzjami finansowymi lub budżetami projektów.

<sup>5</sup> w przypadku opiekunów osób niepełnosprawnych

.....  
pieczęć i podpis Wnioskodawcy

## A) POTWIERDZENIE ZGODNOŚCI ZŁOŻONEGO WNIOSKU Z WYMAGANIAMI

1) Czy wniosek został złożony do właściwego Starosty?

☐ TAK ☐ NIE

2) Czy wniosek jest kompletny?

☐ TAK ☐ NIE

.....  
(data i podpis pracownika przyjmującego wniosek)

## B) OPINIE PRACOWNIKÓW POWIATOWEGO URZĘDU PRACY

1) Czy Wnioskodawca spełnia warunki do przyznania refundacji określone  
w Rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca  
2017 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów  
wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków  
na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2022 r., poz. 243 t.j.)

☐ TAK ☐ NIE

.....  
(data i podpis)

2) Opinia na temat merytorycznej części wniosku

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

.....  
(data i podpis)

## C) DECYZJA DYREKTORA / KIEROWNIKA URZĘDU PRACY

1) Akceptuję wniosek do realizacji

.....  
(data, podpis i pieczęć Dyrektora / Kierownika)

2) Wniosek rozpatrzono negatywnie

.....  
(data, podpis i pieczęć Dyrektora / Kierownika)

Uzasadnienie decyzji negatywnej

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

**Załącznik nr 1**

do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego lub skierowanego poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu lub niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej

**KALKULACJA WYDATKÓW NA WYPOSAŻENIE LUB DOPOSAŻENIE STANOWISKA PRACY  
Z WYSZCZEGÓLNIENIEM ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA**

**Nazwa stanowiska pracy** \_\_\_\_\_

| Lp.                                       | Pozycja wydatków | Środki własne | Inne źródła<br>(podać jakie) | Środki<br>z Funduszu<br>Pracy | Łącznie zł |
|-------------------------------------------|------------------|---------------|------------------------------|-------------------------------|------------|
|                                           |                  |               |                              |                               |            |
|                                           |                  |               |                              |                               |            |
|                                           |                  |               |                              |                               |            |
|                                           |                  |               |                              |                               |            |
|                                           |                  |               |                              |                               |            |
|                                           |                  |               |                              |                               |            |
|                                           |                  |               |                              |                               |            |
|                                           |                  |               |                              |                               |            |
|                                           |                  |               |                              |                               |            |
|                                           |                  |               |                              |                               |            |
|                                           |                  |               |                              |                               |            |
|                                           |                  |               |                              |                               |            |
|                                           |                  |               |                              |                               |            |
|                                           |                  |               |                              |                               |            |
|                                           |                  |               |                              |                               |            |
|                                           |                  |               |                              |                               |            |
|                                           |                  |               |                              |                               |            |
| Łączny koszt utworzenia stanowiska pracy: |                  |               |                              |                               |            |

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć i podpis Wnioskodawcy)

**Załącznik nr 2**

*do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego lub skierowanego poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu lub niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej*

**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. | Wyszczególnienie planowanych zakupów | Kwota w zł |
|------|--------------------------------------|------------|
|      |                                      |            |
|      |                                      |            |
|      |                                      |            |
|      |                                      |            |
|      |                                      |            |
|      |                                      |            |
|      |                                      |            |
|      |                                      |            |
|      |                                      |            |
|      |                                      |            |
|      |                                      |            |
|      |                                      |            |
|      |                                      |            |
|      |                                      |            |

Razem: \_\_\_\_\_

- ☐ Oświadczam, że wszystkie w/w planowane wydatki udokumentuję fakturami VAT (nowe maszyny i urządzenia)
- ☐ Oświadczam, że część kupowanych maszyn i urządzeń nie będzie nowa (tzn. używana), do wniosku dołączam ich specyfikacje

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć i podpis Wnioskodawcy)

### **Załącznik nr 3**

*do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego lub skierowanego poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu lub niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej*

-----  
(nazwa wnioskodawcy)

-----  
(adres wnioskodawcy)

### **OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

*Na podstawie § 2 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2022r., poz. 243 ) oświadczam, że:*

1. Nie rozwiązano stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez Wnioskodawcę, albo na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.
2. (1) Nie obniżono wymiaru czasu pracy pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz Wnioskodawca nie zamierza tego dokonywać w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji; (2) Obniżono lub zamiarem Wnioskodawcy jest obniżenie wymiaru czasu pracy pracowników na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 poz. 2095 z późn. zm.), zwanej dalej "ustawą COVID-19", lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19.<sup>6</sup>
3. Prowadzona jest działalność gospodarcza w rozumieniu ustawy z dn. 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. 2021 poz. 162 i 2105 oraz z 2022 r. poz. 24) przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej, a w przypadku przedszkola i szkoły – prowadzeniu działalności na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.
4. W dniu złożenia wniosku Wnioskodawca nie zalega z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
5. W dniu złożenia wniosku Wnioskodawca nie zalega z opłacaniem innych danin publicznych.
6. W dniu złożenia wniosku Wnioskodawca nie posiada nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
7. W okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku Wnioskodawca nie był karany za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks karny (Dz. U. z 2021 r. poz. 2345 i 2447) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. 2020 r. poz. 358 oraz z 2021 r. poz. 1177). Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Ponadto oświadczam, że:

- 1) Wnioskodawca spełnia warunki określone w *Rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej* (Dz. U. z 2022 r., poz. 243 t.j) oraz w przepisach *Rozporządzenia 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 L 352 z 24 grudnia 2013 roku, str. 1).
- 2) Wnioskodawca w okresie ostatnich 365 dni przed dniem złożenia wniosku nie został ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo nie jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
- 3) Dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

<sup>6</sup> zaznaczyć właściwe (1) lub (2)

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć i podpis Wnioskodawcy)

**Załącznik nr 4**

*do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego lub skierowanego poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu lub niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej*

**INFORMACJA DODATKOWA DLA BENEFICJENTA POMOCY PUBLICZNEJ  
DE MINIMIS**

Zostałem poinformowany, że zgodnie z wytycznymi **Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r.** w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1) niniejsze Rozporządzenie stosuje się do pomocy *de minimis* w zakresie wszystkich sektorów **z wyłączeniem:**

- pomocy przyznawanej przedsiębiorstwom prowadzącym działalność w **sektorze rybołówstwa i akwakultury** objętych rozporządzeniem Rady (WE) nr 104/2000;
- pomocy przyznawanej przedsiębiorstwom zajmującym się **produkcją podstawową produktów rolnych**
- pomocy przyznawanej przedsiębiorstwom prowadzącym działalność w sektorze **przetwarzania i wprowadzania do obrotu produktów rolnych** w następujących przypadkach:
  - kiedy wysokość pomocy ustalana jest na podstawie ceny lub ilości takich produktów nabytych od producentów podstawowych lub wprowadzonych na rynek przez przedsiębiorstwa objęte pomocą
  - kiedy przyznanie pomocy zależy od faktu jej przekazania w części lub całości producentom podstawowym;
- pomocy przyznawanej na działalność związaną z wywozem do państw trzecich lub państw członkowskich, tzn. pomocy bezpośrednio związanej z ilością wywożonych produktów, tworzeniem i prowadzeniem sieci dystrybucyjnej lub innymi wydatkami bieżącymi związanymi z prowadzeniem **działalności wywozowej**;
- pomocy uwarunkowanej pierwszeństwem korzystania z towarów krajowych w stosunku do towarów sprowadzanych z zagranicy.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć i podpis Wnioskodawcy)

**Załącznik nr 5**

do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego lub skierowanego poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu lub niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS**

Ja niżej podpisany/a.....  
(imię i nazwisko)

reprezentujący/a: .....  
(pełna nazwa Wnioskodawcy)

Oświadczam, iż:

☐ \* W bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających go latach podatkowych pracodawca/przedsiębiorca **nie otrzymał** pomocy *de minimis*.

☐ \* W bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających go latach podatkowych pracodawca/przedsiębiorca **otrzymał** pomoc *de minimis* w kwocie .....euro\*\*

| Lp. | Podmiot udzielający pomocy | Podstawa prawna otrzymanej pomocy | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy brutto w PLN | Wartość pomocy w EUR | Przeznaczenie pomocy |
|-----|----------------------------|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|
|     |                            |                                   |                         |                             |                      |                      |
|     |                            |                                   |                         |                             |                      |                      |
|     |                            |                                   |                         |                             |                      |                      |
|     |                            |                                   |                         |                             |                      |                      |
|     |                            |                                   |                         |                             |                      |                      |

Dane zawarte w tabeli zostaną zweryfikowane przez pracowników Urzędu Pracy Powiatu Krakowskiego za pośrednictwem Systemu Udostępniania Danych o Pomocy Publicznej (SUDOP).

.....  
(miejscowość i data)

.....  
podpis i pieczęć Wnioskodawcy

\* należy zakreślić jedną właściwą wersję oświadczenia

\*\* kwotę uzyskanej pomocy *de minimis* należy przedstawić w tabeli

-----  
**Wypełnia Urząd Pracy Powiatu Krakowskiego**

Weryfikacja danych w systemie SUDOP