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

***BR-DOP\_D1***

#

# 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[[1]](#footnote-1)**

*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**

1. Pełna nazwa lub imię i nazwisko

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

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

1. Adres siedziby albo adres miejsca zamieszkania: …………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. Adres prowadzenia działalności: ………………………………………………………………………………………………………..
3. PESEL[[2]](#footnote-2): …………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Nr telefonu: ……………………………………………………..… email: ..………………..………………..………………………….
5. Forma prawna prowadzonej działalności: ….……………………………………………………………………………....................
6. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności: …...………………………………………….……………………………....................
7. Wielkość Wnioskodawcy[[3]](#footnote-3):………………………………………………………………………………………………………………...
8. Liczba pracowników: ……………………………………………….................................................................................................
9. Symbol podklasy rodzaju działalności określony zgodnie z PKD: .…………………….….…….………………….…...................
10. NIP: ……………………………………………………………. REGON[[4]](#footnote-4): ……………….…………………………..........................
11. Numer rachunku bankowego i nazwa banku: ............................................................................................................................
12. Imię i nazwisko osoby reprezentującej Wnioskodawcę: ……………………………………………………………………...............
13. Wnioskowana kwota refundacji: …………………….zł słownie: ...................................................................................złotych.

## II DANE DOTYCZĄCE PLANOWANYCH MIEJSC PRACY

1. Liczba wyposażanych lub doposażonych stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych lub skierowanych opiekunów: ……..………………………………………………………….........................................................................................................
2. Miejsce wykonywania pracy (adres): …….................................................................................................................................
3. Wykaz stanowisk

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa stanowiska pracy | Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe | Rodzaj pracy | Wymiar czasu pracy[[5]](#footnote-5) |
|  |  |  |  |  |

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

1. poręczenie,
2. weksel z poręczeniem wekslowym (aval),
3. gwarancja bankowa,
4. zastaw na prawach lub rzeczach,
5. blokada rachunku bankowego,
6. akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika.

|  |  |
| --- | --- |
| **Kandydat własny** (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)*

* + - 1. Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy z wyszczególnieniem źródeł finansowania – Zał. nr 1.
			2. Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy – Zał. nr 2.
			3. Oświadczenia wnioskodawcy – Zał. nr 3.
			4. Informacja dodatkowa dla beneficjenta pomocy publicznej de minimis – Zał. Nr 4.
			5. Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis – Zał. nr 5.
			6. Wypełniony formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
			7. 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.

|  |
| --- |
| ……………………………………………………pieczęć i podpis Wnioskodawcy |

### 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)

### 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)

1. Opinia na temat merytorycznej części wniosku

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

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

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

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

(data i podpis)

1. **DECYZJA DYREKTORA / KIEROWNIKA URZĘDU PRACY**
2. Akceptuję wniosek do realizacji

……………………………………………………………

(data, podpis i pieczęć Dyrektora / Kierownika)

1. 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****(podać jakie)** | **Środki****z Funduszu 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 niedotyczących 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.[[6]](#footnote-6)

1. 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.
2. 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.
3. W dniu złożenia wniosku Wnioskodawca nie zalega z opłacaniem innych danin publicznych.
4. W dniu złożenia wniosku Wnioskodawca nie posiada nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
5. 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.

|  |  |
| --- | --- |
| *.....................................................* (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*

1. 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 [↑](#footnote-ref-1)
2. w przypadku osoby fizycznej, jeśli został nadany [↑](#footnote-ref-2)
3. należy wskazać: mikro, mały, średni lub duży przedsiębiorca [↑](#footnote-ref-3)
4. jeśli został nadany [↑](#footnote-ref-4)
5. w przypadku opiekunów osób niepełnosprawnych [↑](#footnote-ref-5)
6. zaznaczyć właściwe (1) lub (2) [↑](#footnote-ref-6)