Data wpłynięcia do PUP ……………………….

(kompletnego wniosku)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Miechowie**

Nr wniosku …………………..……

**WNIOSEK**

o refundację ze środków Funduszu Pracy kosztów wyposażenia / doposażenia stanowiska pracy związanego ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi, prowadzeniem dla nich zajęć lub ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci w miejscu ich zamieszkania

w oparciu o art.46 ust.1 pkt.1b, 1c i ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017r.w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego oraz przyznawania bezrobotnemu środków na podjęcie działalności gospodarczej.

**I. Dane dotyczące podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą, żłobka, klubu dziecięcego**

**1.** Nazwa (lub imię i nazwisko w przypadku osób fizycznych)

……………………………………………………………………………………………………………………………………

**2.** Adres siedziby ………………………………………………………………………………………………………………………….………….……………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres miejsca zamieszkania\* ....................................................................................................................................

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

Adres do korespondencji\* ………………………………………………………………………………….…...................………….……….……………

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

**3.** tel. ………………………………………… email (dodatkowo) ……………………………..………..…………………….....

**4.**NIP…………………….….. REGON….………………….… PKD……………….. PESEL\*…………………………….

**5.** Forma prawna …………………………………….……………………………………………………….....……………..

**6.** Przyjęta forma rozliczenia z urzędem skarbowym …..……………………………….………….………………………

Płatnik podatku VAT **tak/nie**

**7.** Rodzaj prowadzonej działalności ………….………………………………………………………......………………….

…………………………………………………. data rozpoczęcia …………………………………....………………….

**8.** Liczba zatrudnionych u wnioskodawcy w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, na

dzień złożenia wniosku ……………………………………………………………………………………..……………..

**9.** Nazwisko i imię oraz stanowisko osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy

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

**10.** Konto bankowe wnioskodawcy:

……………………………………………………………………………………………………………………………………

\* - dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą oraz wspólników spółek cywilnych

**II. Dane dotyczące tworzonych miejsc pracy, na których zostaną zatrudnione osoby skierowane:**

1. Liczba stanowisk pracy dla osób skierowanych ……………………………………………….................................................................…………………………
2. Łączna kwota wnioskowanej refundacji kosztów wyposażenia / doposażenia stanowisk pracy ……………………………………………………………………………………………………..…………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa stanowiska pracy | Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez bezrobotnego/opiekuna/absolwenta | Wymagane kwalifikacje  umiejętności i niezbędne doświadczenie zawodowe | Proponowane wynagrodzenie brutto |
|  |  |  |  |  |

3. Miejsce wykonywania pracy przez bezrobotnego(-ych)/opiekuna(-ów)/absolwenta(-ów) - dokładny adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

4. Zmianowość (godziny pracy) oraz wymiar czasu pracy ……………….………………………………………..................................................................................……………...

**III. Kalkulacja wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy oraz źródła ich finansowania**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa stanowiska  pracy | Nakłady poniesione na wyposażenie/doposażenie stanowiska (zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, narzędzi, mebli biurowych, oprogramowania specjalistycznego, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami BHP oraz wymaganiami ergonomii.) | Ilość | Cena jednostkowa | Wydatki ogółem | Źródła finansowania wydatków | |
| FP | Środki własne |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | z kol. 5 | z kol. 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem koszty wyposażenia/doposażenia stanowisk(a) pracy | | | |  |  |  |

**IV. Szczegółowa specyfikacja i harmonogram wydatków dotyczących wyposażenia / doposażenia stanowisk(a) pracy w ramach wnioskowanych środków Funduszu Pracy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj zakupu | Wartość (w zł.) | Planowany termin dokonania zakupu | Uwagi |
|  |  |  |  |  |

Uwaga: Refundacji nie podlegają koszty poniesione przez wnioskodawcę przed dniem zawarcia umowy o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy.

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

(podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do

reprezentowania pracodawcy)

***Klauzula informacyjna dla osób, których dane osobowe zawarte są we wniosku i od momentu jego złożenia będą przetwarzane w Powiatowym Urzędzie Pracy w Miechowie.***

*Wypełniając obowiązek prawny uregulowany zapisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej jako „RODO”, informujemy że:*

Administratorem Danych Osobowych osób wymienionych we wniosku jest Powiatowy Urząd Pracy w Miechowie mający siedzibę w Miechowie ( 32- 200) przy ul. Sienkiewicza 27, który jest reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Miechowie.

Można się z nim skontaktować w następujący sposób:

- listownie: ul. Sienkiewicza Nr 27, 32- 200 Miechów,

- przez e- mail [krmi@praca.gov.pl](mailto:krmi@praca.gov.pl)

- telefonicznie: (41)38325-01,02.

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (IOD), z którym można skontaktować się poprzez e- mail [iod@synergiaconsulting.pl](mailto:iod@synergiaconsulting.pl), telefonicznie pod numerem 500 610 605 lub pisemnie na adres siedziby Urzędu. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania przez Urząd danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z tym przetwarzaniem danych.

**Pełna treść klauzuli informacyjnej znajduje się w siedzibie Urzędu oraz na stronie internetowej** [**www.miechow.praca.gov.pl**](http://www.miechow.praca.gov.pl) **w dziale *Urząd – Ochrona danych osobowych .***

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

(podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do

reprezentowania pracodawcy)

**Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę**

Oświadczam, że nie jestem związany z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne nałożone w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę, i które figurują na stosownych listach, zarówno unijnych, jak i krajowych oraz że sam nie znajduję się na takiej liście.

…………….…………………….…………………………………………………..

Pieczątka i podpis, z podaniem imienia i nazwiska przedsiębiorcy lub

osoby (osób) uprawnionej (uprawnionych) w imieniu podmiotu

Niniejsze oświadczenie o niepodleganiu sankcjom służy stosowaniu:

1. rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006 z dnia 18 maja 2006 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z sytuacją na Białorusi i udziałem Białorusi w agresji Rosji wobec Ukrainy;

2. rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną, suwerenność i niezależność Ukrainy lub im zagrażających;

3. rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.

Listy osób i podmiotów, względem których stosowane są środki sankcyjne znajdują się w załącznikach do regulacji unijnych oraz w rejestrze zamieszczonym na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

**VI. OŚWIADCZENIE PODMIOTU ŚWIADCZĄCEGO USŁUGI REHABILITACYJNE, ŻŁOBKA LUB KLUBU DZIECIĘCEGO**

**Świadomy(a), iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art.233 kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 oraz świadomy(a) odpowiedzialności karnej za przestępstwo oszustwa zgodnie z art. 286 kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 1, oświadczam co następuje:**

1. rozwiązałam/em **/** nie rozwiązałam/em stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz nie rozwiążę stosunku pracy z pracownikiem w sposób wskazany powyżej w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji,

2. □ nie obniżyłam/em wymiaru czasu pracy pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz nie obniżę wymiaru czasu pracy pracownika w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji (zaznaczyć właściwe),

□ obniżyłam/em wymiaru czasu pracy pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku lub zamierzam obniżyć wymiar czasu pracy pracownika w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji (zaznaczyć właściwe):

□ obniżenie wymiaru czasu pracy lub zamiar obniżenia wymiaru czasu pracy nastąpił / nastąpić ma 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 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19 (zaznaczyć właściwe),

**3.** zalegam/nie zalegam\* z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych,

**4.** nie zalegam/zalegam\* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych,

**5.** nie posiadam/posiadam\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,

**6.** w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku byłem/nie byłem\* karany za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary,

**7.** w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku otrzymałem/nie otrzymałem\* pomoc de minimis

W przypadku otrzymania pomocy, do niniejszego wniosku należy dołączyć:

a) wszystkie zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymane w roku bieżącym oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat albo

b) oświadczenie o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie (załącznik. nr 5 do wniosku)

**8.** w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku otrzymałem/nie otrzymałem\* inną pomoc dotyczącą tych samych kosztów kwalifikowanych, na pokrycie których ma być przyznana pomoc de minimis.

W przypadku otrzymania pomocy, do niniejszego wniosku należy dołączyć:

a) oświadczenie o wielkości i przeznaczeniu pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis,

**9.** przyjmuję do wiadomości iż w ramach refundacji kosztów wyposażenia/doposażenia stanowiska pracy nie będą uwzględnianie koszty na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy poniesione w ramach umowy leasingu lub umów o podobnym charakterze.

**10.** w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy zostałem/nie zostałem\* ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo jestem/nie jestem\* objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy,

**11.** zapoznałem się z warunkami dokonywania przez PUP w Miechowie refundacji kosztów wyposażenia/doposażenia stanowiska pracy dla skierowanej osoby bezrobotnej,

**12.** zobowiązuję się do złożenia najpóźniej w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy ze starostą otrzymam pomoc publiczną,

**13.** dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

Jestem świadomy(ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

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

\* niepotrzebne skreślić data i podpis wnioskodawcy lub osoby

upoważnionej

**Do wniosku dołączam:**

1/ analizę stanu zatrudnienia,

2/ proponowaną formę zabezpieczenia zwrotu refundacji,

3/ zgłoszenie krajowej oferty pracy,

4/ formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis

5/ oświadczenie o pomocy de minimis

6/ kopię umowy spółki (w przypadku spółek cywilnych)

7/ ..................................................................................................................................................

8/ ..................................................................................................................................................

*Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy:*

*Weryfikacji wnioskodawcy w związku z art. 1 i art. 7 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego dokonano w dniu ………………………….. wynik: WIDNIEJE/NIE WIDNIEJE*

*…………………………………*

*podpis pracownika PUP*

Wersja wniosku z dnia: 12.05.2023r