Załącznik do „Zasad w sprawie przyznawania przez Powiatowy Urząd Pracy w Kaliszu refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz procedur obowiązujących przy jej przyznawaniu”.

..……………………………................

/pieczątka wnioskodawcy /

Kalisz, dnia ....................................

**Dyrektor**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Kaliszu**

**Wniosek o udzielenie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy**

**dla skierowanego bezrobotnego, lub skierowanego poszukującego pracy przez Powiatowy Urząd Pracy**

Podstawa prawna: art. 154 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620) oraz rozporządzenie 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. 2022 poz. 243 z późn. zm.).

***Uwagi w zakresie wypełniania wniosku:***

1. *Wnioski należy wypełnić w sposób czytelny, wpisując treść w każdym punkcie.*
2. *Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku.*
3. *Wszystkie poprawki należy dokonywać przez skreślenie, zaparafowanie i podanie daty zmiany.*
4. *Wniosek wypełniony niekompletnie, bez wymaganych załączników oraz podpisany przez osobę nieupoważnioną nie będzie rozpatrzony do czasu uzupełnienia braków w terminie wskazanym przez Urząd.*
5. *Załączniki do wniosku stanowią jego integralną część.*
6. *Klauzula informacyjna dostępna na stronie Urzędu https://kalisz.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych*
7. *Złożony wniosek nie podlega zwrotowi.*

# DANE WNIOSKODAWCY

# Pełna nazwa wnioskodawcy / Imię i Nazwisko *(dotyczy osoby Fizycznej)*: …………………….….......

# ...........................................................................................................................................................

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

1. Adres siedziby / Adres zamieszkania *(dotyczy osoby Fizycznej)* ……………………………….………

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

1. Adres do korespondencji: ………………………………………………..…………..…….…….….…...

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

1. Adres tworzonego nowego miejsca pracy: ………………………...……………………………….........

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

1. Telefon/fax: ...……………………..…… e-mail: …………………………...….………………………
2. Data rozpoczęcia i rodzaj prowadzonej działalności: ……...………………………….…………….......

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

1. Numer REGON : ……………………………… Numer KRS: ………….……..……………….….
2. Numer identyfikacji podatkowej NIP: ……………………………. PKD: …................................…

PESEL: *(dotyczy osoby Fizycznej)* ………………...........................……

1. Forma prawna wnioskodawcy: /właściwe zaznaczyć x, lub podkreślić/

* spółka /rodzaj/ …………………………………………………………………….
* osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą
* stowarzyszenie
* fundacja
* inna /podać jaka/ ………………………………………………………………….

1. Forma opodatkowania wnioskodawcy: / właściwe zaznaczyć x, lub podkreślić /

* pełna księgowość – stawka % …………
* księga przychodów i rozchodów – stawka % …………
* ryczałt od przychodów ewidencjonowanych – stawka % ………….
* karta podatkowa

1. Czy wnioskodawca jest płatnikiem podatku od towarów i usług – VAT: **TAK / NIE\***

Jeśli TAK, to rozliczenie podatku VAT następuje w okresie: **MIESIĘCZNYM / KWARTALNYM\***

1. Kategoria wnioskodawcy / właściwe zaznaczyć x, lub podkreślić /:

* podmiot prowadzący działalność gospodarczą
* producent rolny
* niepubliczne przedszkole lub niepubliczna szkoła
* żłobek lub klub dziecięcy
* podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne

1. Konto bankowe wnioskodawcy:

* /nazwa banku/: ........................................................................................................................................
* /numer rachunku bankowego/:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Liczba zatrudnionych pracowników w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesiąc / Rok** | **Liczba pracowników zatrudnionych na podstawie:** | | | | |
| **umowy o pracę** | | **umów cywilno-prawnych** | **pracownicy młodociani** | |
| ***Ilość osób*** | ***Ilość etatów*** | ***Ilość osób*** | ***Ilość etatów*** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |

1. Dokonane zwolnienia w zakładzie pracy w ciągu ostatnich 6 miesięcy: ........................................

(liczba osób zwolnionych)

* sposób rozwiązania stosunku pracy:

1. ...........................................................................................................................................................
2. ...........................................................................................................................................................
3. Obniżenie wymiaru czasu pracy pracownika w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot, przedszkole/ szkołę lub producenta rolnego albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w ciągu ostatnich 6 miesięcy: ………….……………….

(liczba osób )

***Uwaga !!! W przypadku dokonanych zwolnień lub zmniejszenia wymiaru czasu pracy pracownika do wniosku należy dołączyć kopie świadectw pracy zwolnionych pracowników lub dokumentów na podstawie których dokonano zmiany wymiaru czasu pracy.***

1. Liczba zatrudnionych pracowników w dniu złożenia wniosku:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data złożenia wniosku** | **Liczba pracowników zatrudnionych na podstawie:** | | | | | |
| **w tym** | | | | | |
| **umowy o pracę** | | **umowy o pracę z pracownikiem**  **młodocianym** | | **stosunku**  **służbowego** | **umowy o pracę nakładczą** |
| ***Ilość***  ***osób*** | ***Ilość etatów*** | ***Ilość***  ***osób*** | ***Ilość***  ***etatów*** |
|  |  |  |  |  |  |  |

# DANE DOTYCZĄCE WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA TWORZONEGO STANOWISKA PRACY

1. Liczba wnioskowanych stanowisk pracy kwalifikacje oraz inne niezbędne wymagania do wykonywania pracy jakie powinny spełnić osoby skierowane:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Stanowisko I** | **Stanowisko II** |
| **Planowana liczba osób do zatrudnienia** | …………………….………………. | …………………………………… |
| **Nazwa stanowiska** | …………………………………….. | …………………………………….. |
| **Ogólny zakres obowiązków** | ..……………………………......……  ..……………………..………………  ……………………………………………………………………………..  ……………………………………………  ……..……………………...……………. | ……………….…...………………………….…….……..…………………….….………………………….......…………………………………….  ……………………………………………… |
| **Oczekiwania pracodawcy** | 1/wykształcenie: ……………………  ………………………………………  ………………………………………  2/ uprawnienia: ……………………  ………………………………………  3/umiejętności: ……………………..  ………………………………………  4/doświadczenie zawodowe: ………  ……………………………………………………………………….……..  5/znajomość języków obcych  *(wraz z określeniem poziomu ich znajomości):*  …………………………………………….  ……………………………………………. | 1/wykształcenie: ……………………  ………………………………………  ………………………………………  2/ uprawnienia: ……………….……  ………………………………………  3/umiejętności: ……………………..  ………………………………………  4/doświadczenie zawodowe: ………  …………………………………………………………………….………..  5/znajomość języków obcych  *(wraz z określeniem poziomu ich znajomości):*  …………………………………… |
| **Pozostałe istotne informacje dotyczące oferowanego stanowiska pracy (np. praca w delegacji itp.)** | ………………………………………  ………………………………………  ………………………………………  ……………………………………… | ………………………………………  ………………………………………  ………………………………………  ……………………………………… |
| **Dokładny adres miejsca świadczenia pracy** | …………………...…….………………………….………………….…… | …………………...…….………………………….……………………… |
| **Godziny pracy/zmianowość** | Praca w dni wolne  TAK  NIE   jedna zmiana: od ….... do …...   dwie zmiany:  od ….. do ….. **/** od …... do…....   trzy zmiany:  od …... do …… **/** od..... do…... /  od ..... . do….... | Praca w dni wolne  TAK  NIE   jedna zmiana: od ….... do …...   dwie zmiany:  od ….. do ….. **/** od …... do…....   trzy zmiany:  od …... do …… **/** od..... do…... /  od ..... . do….... |
| **Wysokość proponowanego wynagrodzenia** | ……………………..…..………… | ………………………...…….…..… |
| **Wymiar czasu pracy\*\*** | ……………… etatu | ………………… etatu |
| **Kategoria osób do zatrudnienia \*\*\*** | ……………………………………. | ............................................................. |

1. Wnioskowana kwota refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy\*:

* netto dla wnioskodawcy będącego płatnikiem podatku od towarów i usług – VAT
* brutto dla wnioskodawcy nie będącego płatnikiem podatku od towarów i usług – VAT

………………………..…… zł słownie: /……………………….………………………………………/

1. Proponowaną formą zabezpieczenia refundacji będzie \*:

* poręczenie
* weksel in blanco x
* weksel z poręczeniem wekslowym (aval)
* gwarancja bankowa
* zastaw rejestrowy na prawach lub rzeczach
* blokada środków zgromadzonych na rachunku płatniczym
* zgoda na dobrowolne poddanie się egzekucji w formie aktu notarialnego x

Uwaga:

x

- w przypadku wyboru formy zabezpieczenia w postaci weksel in blanko lub akt notarialny o poddaniu się egzekucji konieczne jest ustanowienie dodatkowego zabezpieczenia.

\* - właściwe zaznaczyć x, lub podkreślić

\*\* - wymiar czasu pracy na wyposażonym lub doposażonym stanowisku pracy :

1. Dla skierowanego bezrobotnego - pełny wymiar czasu pracy,
2. Dla skierowanego opiekuna co najmniej połowa wymiaru czasu pracy,
3. W przypadku zatrudnienia w żłobku, klubie dziecięcym lub podmiocie świadczącym usługi rehabilitacyjne bezrobotnego skierowanego poszukującego pracy – co najmniej połowa wymiaru czasu pracy

\*\*\* - należy wybrać jedną z poniższych kategorii

*osoba bezrobotna, poszukujący pracy opiekun osoby niepełnosprawnej,*

# KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH WSZYSTKICH WYDATKÓW DLA POSZCZEGÓLNYCH STANOWISK PRACY Z PODZIAŁEM NA ŚRODKI TRWAŁE I POZOSTAŁE WYPOSAŻENIE ORAZ ŹRÓDŁO ICH FINANSOWANIA.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy (maszyny, urządzenia, osprzętowanie itp.)** | **Środki Funduszu Pracy (Refundacja) w PLN w tym:** | | | | | |
| **Środek trwały** | | | **Pozostałe wyposażenie** | | |
| netto | vat | brutto | netto | vat | brutto |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |
|  | | netto | | vat | | brutto | |
| **Ogółem środki trwałe + pozostałe wyposażenie** | |  | |  | |  | |

# SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA I HARMONOGRAM ZAKUPÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY, ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU PRACY.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa stanowiska**  **Specyfikacja zakupów**  **(nazwa maszyn, urządzeń, osprzętowania itp.)** | **Przewidywany termin zakupu** | **Wartość w PLN** | | |
|  | | | netto | vat | brutto |
| **Stanowisko I** | |  | | | |
| **Nazwa …………………………………….** | |
| **Zakup w ramach refundacji:** | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Razem stanowisko I** | |  |  |  |  |
| **Stanowisko II** | |  | | | |
| **Nazwa …………………………………….** | |
| **Zakup w ramach refundacji:** | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Razem stanowisko II** | |  |  |  |  |
| **Ogółem stanowisko I + II** | |  |  |  |  |

1. **OSOBA/OSOBY UMOCOWANE DO DZIAŁANIA W IMIENIU WNIOSKODAWCY:**
2. ………………………………………………………………………………….……………..……

/imię i nazwisko/

1. ………………………………………………………………………………….…………..………

/imię i nazwisko/

1. **UPRAWNIONY PRACOWNIK LUB INNA OSOBA DO WSPÓŁPRACY I KONTAKTÓW Z PUP**
2. ……………………………………………………………. telefon ………………………………

/imię i nazwisko/

***Wyrażam zgodę na dokonywanie przez Powiatowy Urząd Pracy w Kaliszu poprawek omyłek pisarskich i rachunkowych wynikających z błędnie dokonanych wyliczeń matematycznych zawartych w tabeli III i IV niniejszego wniosku.***

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

( data ) /podpis wnioskodawcy lub osób umocowanych do działania w jego imieniu/

1. **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**
2. Oświadczenia wnioskodawcy - w przypadku podmiotu, w tym żłobka, klub dziecięcego, podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne, przedszkola lub szkoły Załącznik Nr 1 do wniosku.
3. Oświadczenia wnioskodawcy - żłobka, klubu dziecięcy, w przypadku tworzenia stanowiska pracy związanego bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć oraz podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne w przypadku tworzenia stanowiska pracy związanego bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania, w tym usług mobilnych Załącznik Nr 1A do wniosku.
4. Oświadczenia wnioskodawcy - w przypadku producenta rolnego Załącznik Nr 1B do wniosku.
5. W przypadku zastosowania zabezpieczenia zwrotu refundacji w postaci poręczenia lub weksla   
   z poręczeniem: Oświadczenia poręczycieli stanowiące Załącznik nr 2 do wniosku.

***Uwaga !!!*** *Dokumenty o których mowa w punkcie 4 wnioskodawca dostarcza bezpośrednio przed rozpatrzeniem wniosku. Urząd powiadamia wnioskodawcę pisemnie lub telefonicznie o terminie rozpatrzenia wniosku i konieczności ich dostarczenia.*

1. „Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*”– ( Załącznik nr 3 do wniosku ) - dotyczy podmiotu, w tym żłobka, klub dziecięcego, podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne, przedszkola lub szkoły.
2. „Formularz Informacji przedstawianych przez wnioskodawcę ubiegającego się o pomoc *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie ( Załącznik nr 3A do wniosku) – dotyczy producenta rolnego.
3. W przypadku zastosowania zabezpieczenia w formie aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji: Oświadczenie majątkowe wnioskodawcy stanowiące Załącznik nr 4 do wniosku.
4. Wszystkie zaświadczenia o pomocy *de minimis* orazpomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwiejaką otrzymał wnioskodawca w okresie 3 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku albo oświadczenie  
    o wielkościpomocy *de minimis* orazpomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwieotrzymanej w tym okresie. Na stronie Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów jest dostępna baza SUDOP */Pomoc Publiczna – Sprawozdawczość – Dane o udzielonej pomocy – SUDOP/* [*http://sudop.uokik.gov.pl/search/aindBeneficiary*](http://sudop.uokik.gov.pl/search/aindBeneficiary) *.* Za pośrednictwem tej bazy istnieje możliwość wyszukiwania informacji odnośnie wielkości pomocy de minimis jaką otrzymał w wymaganym okresie beneficjent pomocy publicznej na podstawie Rozporządzenie Komisji (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. UEL 352 z 24.12.2013 r. str.1), oraz 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 ( Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023r.)  
   Na stronie *srpp.minrol.gov* w Systemie Rejestracji Pomocy Publicznej istnieje możliwość wyszukania informacji odnośnie wielkości pomocy de minimis w rolnictwie jaką otrzymał w wymaganym okresie beneficjent pomocy publicznej na podstawie Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013r.w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz.Urz.UE L 352 z 24.12.2013, str.9).
5. Podmiot, w tym żłobek, klub dziecięcy, podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne, przedszkole lub szkoła oraz producent rolny w przypadku prowadzenia działalności w formie spółki cywilnej – kserokopię umowy spółki.
6. Przedszkole lub szkoła – kserokopia wpisu do ewidencji niepublicznych szkół i placówek oświatowych.
7. Producent rolny – zaświadczenie o posiadaniu gospodarstwa rolnego w rozumieniu przepisów o podatku rolnym lub inny dokument świadczący o prowadzeniu działu specjalnego produkcji rolnej.
8. Producent rolny - dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej 1 pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy /umowa o pracę /, oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie (Druki ZUS P RCA).
9. Kserokopię dokumentu potwierdzającego umocowanie do działania w imieniu wnioskodawcy.
10. Inne dokumenty: …………………………………………………………………………………………

***Uwaga!***

***Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałami przez wnioskodawcę lub pracownika PUP.***