

Tarnów, dnia.....

WNIOSEK

o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy
dla skierowanego bezrobotnego lub dla skierowanego poszukującego pracy niepozostającego
w zatrudnieniu lub niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej¹

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia,
- ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej ,
- 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,
- rozporządzenie Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis*,

I. INFORMACJE OGÓLNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Określenie wnioskodawcy (odpowiednie zaznaczyć):

- ☐ przedsiębiorca w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców
- ☐ niepubliczne przedszkole lub niepubliczna inna forma wychowania przedszkolnego, niepubliczna szkoła prowadząca działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 roku Prawo oświatowe

1. Oznaczenie wnioskodawcy:

Nazwa lub imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej.....

.....

Reprezentowany przez.....

Adres siedziby/stałego miejsca wykonywania działalności gospodarczej

.....

Adres korespondencyjny

.....

Adres miejsca zamieszkania w przypadku osoby fizycznej

.....

Numer PESEL w przypadku osoby fizycznej

nr telefonu..... e-mail.....

Data rozpoczęcia prowadzenia działalności.....

Forma prawna prowadzonej działalności

¹ **Opiekun osoby niepełnosprawnej** – oznacza to osobę wskazaną w art. 2 pkt 16 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia.

Nazwa banku i numer rachunku bankowego

.....

REGON..... NIP.....

Symbol podklasy zgodnie z PKD

2. Rodzaj prowadzonej działalności (krótki opis)

.....

.....

.....

3. Dane dotyczące stanu zatrudnienia:

- aktualna (**na dzień złożenia wniosku**) liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.....,

w tym: na miejscach refundowanych z Funduszu Pracy....., PFRON.....

- liczba osób odbywających staż, na podstawie skierowań z wszystkich urzędów pracy.....
- liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w okresie ostatnich 6 miesięcy² poprzedzających dzień złożenia wniosku:

miesiąc i rok						
Liczba zatrudnionych pracowników (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy)						

W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia należy poniżej podać sposób rozwiązania stosunku pracy (tryb zgodnie z Kodeksem pracy)

.....

.....

4. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji.....

II. KONTAKT

1. Osoba do kontaktu ze strony pracodawcy

nr telefonu..... w godzinach oddo

2. Zgłoszenie się kandydata do pracodawcy w godzinach od.....do

adres.....

3. Wymagane dokumenty.....

² W przypadku tworzenia bezpośrednio związanego ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć lub ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych, w tym usług mobilnych lub stanowiska pracy dziennego opiekuna sprawującego opiekę nad co najmniej jednym dzieckiem niepełnosprawnym **w okresie ostatnich 6 miesięcy lub w okresie swego funkcjonowania / posiadania statusu przedsiębiorstwa społecznego (w przypadku gdy wykonuje działalność krócej niż 6 miesięcy / w przypadku posiadania statusu przedsiębiorstwa społecznego krócej niż 6 miesięcy).**

III. KWOTA PRZEZNACZONA NA PRZEDSIĘWZIĘCIE

1. Liczba wyposażanych lub doposażanych stanowisk pracy
2. Wymiar czasu pracy w przypadku doposażania lub wyposażania stanowiska pracy dla skierowanego(-ych) poszukującego(-ych) pracy niepozostającego(-ych) w zatrudnieniu lub niewykonującego(-ych) innej pracy zarobkowej opiekuna(-ów) osoby niepełnosprawnej (co najmniej połowa wymiaru czasu pracy).....
3. Okres utrzymania stanowiska pracy utworzonego w ramach refundacji:

☐ co najmniej **12 miesięcy**

☐ co najmniej **18 miesięcy**

4. Wnioskowana kwota refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy:

..... zł, słownie

W przypadku gdy wnioskodawcy przysługuje prawo do obniżenia podatku od towarów i usług należnego o kwotę podatku naliczonego, refundacja obejmuje wydatki na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy bez podatku od towarów i usług.

IV. DANE DOTYCZĄCE STANOWISK PRACY

1. Nazwa stanowiska.....
Kod zawodu według klasyfikacji zawodów i specjalności³

2. Miejsce wykonywania pracy przez skierowanego bezrobotnego / poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu lub niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej.....

3. Wnioskodawca (odpowiednie zaznaczyć):

☐ zapewnia dojazd do miejsca pracy z.....

☐ nie zapewnia dojazdu do miejsca pracy.

4. System i rozkład czasu pracy:

Zmianowość:

Godziny pracy od - do :

Dni pracy:

Umowa o pracę na **czas określony** na okres / **czas nieokreślony** (niepotrzebne skreślić)

System wynagradzania:

³ Klasyfikacja zawodów dostępna na stronie internetowej:
<http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci>.

5. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanego(-ych) bezrobotnego(-ych) / skierowanych poszukującego(-ych) poszukującego(-ych) pracy niepozostającego(-ych) w zatrudnieniu lub niewykonyującego(-ych) innej pracy zarobkowej opiekuna(-ów) osoby niepełnosprawnej (zakres obowiązków - proszę podać maksymalnie trzy podstawowe obowiązki):

.....

.....

.....

.....

6. Wysokość proponowanego wynagrodzenia **brutto** dla skierowanego(-ych) bezrobotnego(-ych) / poszukującego(-ych) pracy niepozostającego(-ych) w zatrudnieniu lub niewykonyującego(-ych) innej pracy zarobkowej opiekuna(-ów) osoby niepełnosprawnejzł

7. Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinien posiadać skierowany bezrobotny / poszukujący pracy niepozostający w zatrudnieniu lub niewykonyujący innej pracy zarobkowej opiekun osoby niepełnosprawnej:

Lp.	Nazwa stanowiska	Kwalifikacje (poziom, kierunek wykształcenia)	Inne wymagania (umiejętności, uprawnienia, doświadczenie zawodowe, znajomość języków obcych)
1.			
2.			

V. DANE DOTYCZĄCE ŚRODKÓW I ICH WYKORZYSTANIA

1. Uzasadnienie zakupów pod kątem ich celowości, niezbędności i przydatności w wykorzystaniu do pracy na refundowanym stanowisku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie poszczególnych stanowisk pracy i źródła ich finansowania

Lp.	Nazwa stanowiska	Liczba osób	Rodzaj wydatków	Koszt do poniesienia	Źródła finansowania
1.					
2.					
RAZEM					

3. 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.

Lp.	Nazwa stanowiska	Wyszczególnienie wydatków	Ilość/j.m.	Wyposażenie		Kwota do refundacji (brutto)	Kwota do refundacji (netto)	Termin zakupu
				nowe	używane			
1.								
2.								
RAZEM								

VI. OŚWIADCZENIA PRZEDSIĘBIORCY, NIEPUBLICZNEGO PRZEDSZKOLA LUB NIEPUBLICZNEJ INNEJ FORMY WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO LUB NIEPUBLICZNEJ SZKOŁY.

1. Wszystkie osoby: zarówno wnioskodawca, osoby reprezentujące wnioskodawcę i osoby zarządzające wnioskodawcą złożyły oświadczenie o którym mowa art. 155 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. *o rynku pracy i służbach zatrudnienia* na wzorze stanowiącym załącznik nr 2 do wniosku;
2. Przez ostatnie 6 miesięcy przedsiębiorca, w tym żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne, **wykonywał / nie wykonywał*** działalność gospodarczą, a w przypadku niepublicznego przedszkola lub niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego lub niepublicznej szkoły – działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe;
3. W okresie ostatnich 6 miesięcy **zmniejszyłem / nie zmniejszyłem*** wymiar(-u) czasu pracy i zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn **uzupełniłem / nie uzupełniłem / nie dotyczy*** odpowiednio wymiar(-u) czasu pracy lub stan zatrudnienia;
4. W okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy **nie zmniejszyłem** wymiaru czasu pracy i zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn **uzupełniłem** odpowiednio wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia;
5. **Zalegam / nie zalegam*** na dzień złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
6. **Zalegam / nie zalegam*** na dzień złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
7. **Posiadam / nie posiadam*** na dzień złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
8. W okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku **zostałem / nie zostałem*** prawomocnie ukarany za wykroczenie lub **zostałem / nie zostałem*** prawomocnie skazany za przestępstwo przeciwko przepisom prawa pracy, albo **jestem / nie jestem*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
9. W okresie ostatnich 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku realizacja stażu **została / nie została*** przerwana przez wnioskodawcę bez uzasadnionej przyczyny lub **doszło / nie doszło*** do przerwania stażu przez starostę z powodu nierealizowania programu stażu lub niedotrzymywania warunków jego odbywania przez wnioskodawcę;
10. **Prowadzę / nie prowadzę** działalności gospodarczej w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
W przypadku prowadzenia działalności gospodarczej **spełniam** warunki określone w rozporządzeniu Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis*;
11. W okresie minionych trzech lat⁴:
 - **otrzymałem / nie otrzymałem*** środki(-ów) stanowiące(-ych) pomoc *de minimis*;
 - **otrzymałem / nie otrzymałem*** środki(-ów) stanowiące(-ych) pomoc *de minimis* w sektorze rolnym;
 - **otrzymałem / nie otrzymałem*** środki(-ów) stanowiące(-ych) pomoc *de minimis* w sektorze rybołówstwa i akwakultury;

⁴3 minione lata należy rozumieć w ten sposób, że jeśli na przykład pomoc *de minimis* była udzielona w dniu 5 stycznia 2024 r., uwzględnieniu podlegała pomoc udzielona począwszy od dnia 5 stycznia 2021 r.

12. **Otrzymałem / nie otrzymałem** dofinansowania z innych środków publicznych, na te same koszty, o które wnioskuję. W przypadku sfinansowania z Funduszu Pracy tych samych kosztów, na które zostały przekazane inne środki publiczne, środki Funduszu Pracy podlegają zwrotowi w terminie 14 dni od dnia doręczenia wezwania do ich zwrotu. Zwrot środków następuje z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych naliczonymi od dnia przekazania środków
13. **Jestem / nie jestem*** w stanie likwidacji lub upadłości;
14. **Przysługuje / nie przysługuje*** mi prawo do obniżenia podatku od towarów i usług należnego o kwotę podatku naliczonego;
15. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizyty monitorującej przez Urząd na temat stanu przygotowań i uzasadnionych potrzeb wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego / poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu lub niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej;
16. Dane zawarte w KRS udostępnione przez Centralną Informację Krajowego Rejestru Sądowego na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości na dzień złożenia wniosku są **aktualne / nieaktualne / nie dotyczy***;
17. Dane zawarte w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej udostępnione na stronie internetowej Ministerstwa Rozwoju i Technologii na dzień złożenia wniosku są **aktualne / nieaktualne / nie dotyczy***;
18. **Oświadczam**, że zapoznałem się z treścią ustawy z dnia 20 marca 2025 r. *o rynku pracy i służbach zatrudnienia*, w szczególności z art. 149, 150 oraz 152-160 ustawy oraz rozporządzeniem 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.
19. **Oświadczam**, że zapoznałem się z treścią *Zasad dokonywania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Tarnowie*, zamieszczonych na stronie internetowej <https://tarnow.praca.gov.pl>.

**niewłaściwe skreślić*

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis wnioskodawcy)

UWAGI OGÓLNE

1. Wniosek niekompletny i nieprawidłowo sporządzony nie może zostać uwzględniony.
2. W przypadku, gdy w okresie pomiędzy rozpatrzeniem wniosku a zawarciem umowy zostanie ogłoszona nowa niższa kwota przeciętnego wynagrodzenia, kwota przyznanej refundacji zostanie odpowiednio zmieniona.
3. W uzasadnionych przypadkach Urząd może zobowiązać wnioskodawcę do przedstawienia wyceny nowej rzeczy, w szczególności w przypadku gdy nie zostały wskazane parametry techniczne lub inne cechy identyfikujące nabytą rzecz, jeżeli ich brak powoduje, że ustalenie jej wartości rynkowej jest utrudnione lub wymaga wiedzy specjalistycznej.
4. Wycena rzeczoznawcy nie może być sporządzona wcześniej niż 3 miesiące przed nabyciem rzeczy i jest dokonywana na koszt wnioskodawcy.

.....
(podpis wnioskodawcy)

ZAŁĄCZNIKI:

1. Oświadczenie stanowiące załącznik nr 1 do wniosku.
2. Oświadczenie stanowiące załącznik nr 2 do wniosku – **składa wnioskodawca, wszystkie osoby reprezentujące wnioskodawcę i wszystkie osoby zarządzające wnioskodawcą.**
3. Klauzula informacyjna (**dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, reprezentantów wnioskodawcy, osób wskazanych przez wnioskodawcę do kontaktu**).
4. Umowa spółki w przypadku spółek cywilnych – kserokopia wraz z oryginałem do wglądu,
5. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji szkół i placówek niepublicznych - kserokopia wraz z oryginałem do wglądu (**dotyczy niepublicznych szkół i przedszkoli**).
6. Koncesja, zezwolenie lub innego rodzaju uprawnienia, jeżeli przepisy ustaw szczególnych uzależniają podejmowanie i wykonywanie działalności gospodarczej od obowiązku ich uzyskania - kserokopia wraz z oryginałem do wglądu.
7. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*, którego wzór określa załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc *de minimis*.
8. W przypadku otrzymania pomocy *de minimis*, pomocy *de minimis* w rolnictwie, pomocy *de minimis* w rybołówstwie - zaświadczenia o pomocy *de minimis*, pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie obejmujące trzy lata - kserokopia wraz z oryginałem do wglądu albo oświadczenie o wielkości pomocy *de minimis*, pomocy *de minimis* w rolnictwie, pomocy *de minimis* w rybołówstwie otrzymanej w tych okresach.

Szczegółowe informacje na temat form pomocy są zamieszczone na tablicach informacyjnych w siedzibie Powiatowego Urzędu Pracy w Tarnowie, pl. gen. J. Bema 3 oraz na stronie internetowej <https://tarnow.praca.gov.pl>.