

**Powiatowy Urząd Pracy  
w Tarnowie**

Tarnów, dnia.....

**WNIOSEK**

**o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy**  
(należy dokonać wyboru jednej z niżej wskazanych grup zaznaczając odpowiedni kwadrat)

- dla skierowanego bezrobotnego       dla skierowanego poszukującego  
pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej\*

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1265 i 1149, z późn. zm.),
- ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 362),
- 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. z 2017 r. poz. 1380),
- rozporządzenie 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),

**I. INFORMACJE OGÓLNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

Określenie wnioskodawcy (odpowiednie zaznaczyć):

- podmiot prowadzący działalność gospodarczą (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. prawo przedsiębiorców)
- niepubliczna szkoła (prowadząca działalność na podstawie ustawy z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty)
- niepubliczne przedszkole (prowadzące działalność na podstawie ustawy z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty)

1. Oznaczenie wnioskodawcy:

Pełna nazwa .....

Reprezentowany przez.....

Adres siedziby .....

Adres miejsca zamieszkania w przypadku osoby fizycznej .....

Numer PESEL w przypadku osoby fizycznej.....

- \* **Opiekun osoby niepełnosprawnej** – niepozostający w zatrudnieniu lub niewykonujący innej pracy zarobkowej członek rodziny w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860), opiekujący się dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji lub osobą niepełnosprawną ze znacznym stopniem niepełnosprawności (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).

Nr telefonu..... e-mail.....

Miejsce prowadzenia działalności .....

Data rozpoczęcia prowadzenia działalności .....

Forma prawna prowadzonej działalności .....

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.....

- liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w okresie ostatnich 6 miesięcy 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 od.....do.....

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

adres.....

wymagane dokumenty.....

## 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 opiekuna(-ów) osoby niepełnosprawnej (co najmniej połowa wymiaru czasu pracy) .....

3. Wnioskowana kwota refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy

..... zł słownie .....

\* Skierowany do pracy w ramach refundacji kosztów doposażania lub wyposażania stanowiska pracy **bezrobotny** musi być zatrudniony w **pełnym wymiarze czasu pracy**.

#### IV. DANE DOTYCZĄCE STANOWISK PRACY

1. Nazwa zawodu .....  
kod zawodu według klasyfikacji zawodów i specjalności.....
2. Miejsce wykonywania pracy przez skierowanego bezrobotnego / poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej .....
3. Wnioskodawca **zapewnia / nie zapewnia** dojazd(-u) do miejsca pracy (niewłaściwe skreślić)
4. System i rozkład czasu pracy:  
Zmianowość:..... godziny pracy (od.....do.....) w poszczególnych dniach tygodnia  
.....  
Umowa o pracę na czas określony na okres ..... miesięcy / czas nieokreślony (niepotrzebne skreślić)  
System wynagradzania.....
5. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanego(-ych) bezrobotnego(-ych) / skierowanych poszukującego(-ych) pracy opiekuna(-ów) osoby niepełnosprawnej (zakres obowiązków - proszę podać maksymalnie trzy podstawowe obowiązki):  
.....  
.....  
.....
6. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanego(-ych) bezrobotnego(-ych) / skierowanego(-ych) opiekuna(-ów) osoby niepełnosprawnej .....zł
7. Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinien posiadać skierowany bezrobotny / poszukujący pracy opiekun osoby niepełnosprawnej, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 35 ust. 5 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

Lp.	Nazwa stanowiska	Kwalifikacje (poziom wykształcenia)	Inne wymagania (umiejętności, uprawnienia, doświadczenie zawodowe, znajomość języków obcych)
1.			
2.			
3.			



3. Szczegółowa specyfikacja i harmonogram 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	Termin zatrudnienia	Wyszczególnienie wydatków	Ilość/j.m.	Wyposażenie		Cena w zł (brutto)	Kwota do refundacji (brutto)	Termin zakupu
					nowe	używane			
1.									
2.									
3.									
<b>RAZEM</b>									

## VI. OŚWIADCZENIA PODMIOTU PROWADZĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ, NIEPUBLICZNEJ SZKOŁY, NIEPUBLICZNEGO PRZEDSZKOLA

1. **Nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
2. **Nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
3. **Nie posiadam** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
4. Prowadzę działalność (odpowiednie zakreślić):
  - gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy Prawo przedsiębiorców, przez okres co najmniej **6** miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku\*;
  - na podstawie ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty przez okres co najmniej **6** miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku;
5. W okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku **nie byłem karany** za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204, z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2018 r. poz. 703). Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia;
6. **Spełniam warunki** określone w rozporządzeniu 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);
7. W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku **nie zmniejszałem wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązałem stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracowników**;
8. W okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji nie zmniejszę wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiążę stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia, bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracowników;
9. W okresie 365 dni przed złożeniem wniosku **zostałem / nie zostałem\*\*** ukarany lub **zostałem / nie zostałem\*\*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy, albo **jestem / nie jestem\*\*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
10. **Nie jestem** w stanie likwidacji lub upadłości;
11. W okresie obejmującym bieżący rok podatkowy oraz poprzedzające go dwa lata podatkowe **otrzymałem / nie otrzymałem\*\*** środków stanowiących pomoc publiczną *de minimis*;
12. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie kontroli przez Urząd na temat stanu przygotowań i uzasadnionych potrzeb wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego / poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej;
13. 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\*\***;
14. Dane zawarte w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej udostępnione na stronie internetowej Ministerstwa Rozwoju na dzień złożenia wniosku są **aktualne / nieaktualne / nie dotyczy\*\***;
15. **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 [www.up.tarnow.pl](http://www.up.tarnow.pl)
16. **Deklaruję / nie deklaruje\*\*** zatrudnienie(-a) osoby(-ób) bezrobotnej(-ych) / poszukującego(-ych) opiekuna(-ów) osoby niepełnosprawnej zatrudnionej(-ych) w ramach refundacji przez okres co najmniej 30 dni bezpośrednio po okresie realizacji umowy.

\* do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej.

\*\* niewłaściwe skreślić

**Świadomy odpowiedzialności za podanie nieprawdziwej informacji oświadczam, że dane i oświadczenia zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

.....  
(miejscość, data)

.....  
(pieczęć, podpis wnioskodawcy)

**Uwaga! Każda strona wniosku musi być zaparafowana przez wnioskodawcę lub osobę uprawnioną do jego reprezentowania. Wnioski nieczytelnie wypełnione nie będą rozpatrywane.**

#### **ZAŁĄCZNIKI:**

1. **Klauzula informacyjna (dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą).**  
W przypadku spółek cywilnych klauzulę informacyjną przedkłada każdy ze współników spółki cywilnej.
2. Umowa spółki w przypadku spółek cywilnych – kserokopia wraz z oryginałem do wglądu,
3. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji szkół i placówek niepublicznych - kserokopia wraz z oryginałem do wglądu (**dotyczy niepublicznych szkół i przedszkoli**),
4. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON – kserokopia wraz z oryginałem do wglądu (**dotyczy niepublicznych szkół i przedszkoli**),
5. Zaświadczenie o numerze identyfikacji podatkowej NIP - 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 24 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc *de minimis* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1543),
8. W przypadku otrzymania pomocy *de minimis* - zaświadczenia o udzielonej pomocy publicznej *de minimis* obejmujące bieżący rok podatkowy oraz poprzedzające go dwa lata podatkowe - kserokopia wraz z oryginałem do wglądu albo oświadczenia o wielkości pomocy *de minimis* otrzymanej w tym okresie.

#### **UWAGI OGÓLNE**

1. Wydatki dokumentuje się przedkładając rozliczenie (według wzoru stanowiącego załącznik nr 2) zawierające zestawienie kwot wydatkowanych od dnia zawarcia umowy zgodnie ze Specyfikacją stanowiącą załącznik nr 1 do umowy. Zestawienie nie może zawierać wydatków, na których finansowanie wnioskodawca otrzymał wcześniej środki publiczne. Rozliczenie dokonywane jest w kwocie brutto.  
W przypadku zakupu rzeczy używanej wnioskodawca zobowiązany jest do przedstawienia wyceny tej rzeczy dokonanej przez rzeczoznawcę wskazanego przez Naczelną Organizację Techniczną, posiadającego status biegłego sądowego lub wpisanego na listę rzeczoznawców samochodowych Ministerstwa Infrastruktury.
2. Urząd może również w uzasadnionych przypadkach 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.  
Wycena rzeczoznawcy nie może być sporządzona wcześniej niż 6 miesięcy przed nabyciem rzeczy i jest dokonywana na koszt wnioskodawcy.
3. Zgodnie z artykułem 3 ust. 5 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 dnia 24.12.2013 r., str. 1) okres trzech lat podatkowych ustala się przez odniesienie do lat obrotowych stosowanych przez przedsiębiorstwo w danym państwie członkowskim.

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Szczegółowe informacje na temat instrumentów i usług rynku pracy wspierających pracodawców są zamieszczone na tablicach informacyjnych w siedzibie Powiatowego Urzędu Pracy w Tarnowie, pl. gen. J. Bema 3 oraz na stronie internetowej [www.up.tarnow.pl](http://www.up.tarnow.pl)