**ZAŁĄCZNIK nr 1 – Regulaminu refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy   
w Powiatowym Urzędzie Pracy w Iławie**

|  |
| --- |
| ADNOTACJA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY: |
| Wpisano do rejestru wniosków pod nr: WnDOP/25/…...…. |
| Data wpływu wniosku ………………...2025 r. |

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

/pieczęć firmowa pracodawcy /

**Wniosek o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy**

Podstawa prawna:

* art. 46 ust. 1 pkt 1-1c ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
* 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 oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej
* ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej;
* 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.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**UWAGA!!!**

**- Niniejszy wniosek o refundację należy wypełnić elektronicznie wpisując treść w każdym do tego wyznaczonym miejscu wniosku. Nie należy edytować pól zaciemnionych, modyfikować i usuwać elementów wniosku. W pustych polach należy wpisać „nie dotyczy”. Wypełniony wniosek należy złożyć w zależności od wybranego sposobu składania:**

* w wersji papierowej – wypełniony elektronicznie wniosek wraz z załącznikami należy wydrukować, następnie odręcznie podpisać (każda strona oryginału formularza wniosku musi być parafowana ) i złożyć osobiście w siedzibie Powiatowego Urzędu Pracy w Iławie ul. 1 Maja 8B, 14 – 200 Iława pokój nr 10 I piętro, blok I w godz. 7.15 – 15.15 lub wysłać pocztą na wyżej wymieniony adres – liczy się data jego wpływu do tutejszego urzędu;
* w wersji elektronicznej – wypełniony elektronicznie wniosek wraz z załącznikami należy zapisać w formacie PDF, opatrzyć elektronicznym podpisem (każdy dokument oddzielnie) i przesłać do urzędu poprzez

- platformę epuap /bhkmu6418t/Skład\_ESP

- e-Doręczenie –AE:96445-63819-UATHC-33

**- Uwzględnieniu podlegał będzie jedynie wniosek prawidłowo sporządzony, złożony wraz   
z kompletem wymaganych dokumentów stanowiących podstawę przyznania środków.**

**W przypadku gdy wniosek jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny urząd wyznacza wnioskodawcy co najmniej 7-dniowy termin na jego uzupełnienie. Wnioski nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.**

**- O uwzględnieniu lub odmowie uwzględnienia wniosku o refundację Wnioskodawca powiadamiany jest pisemnie w terminie do 30 dni od dnia złożenia wniosku .**

**- Wnioskowana kwota musi wynikać z kalkulacji wydatków przedstawionej we wniosku. W przypadku wnioskowania o refundację na stworzenie kilku różnych stanowisk pracy kalkulację wydatków oraz formularz zgłoszenia oferty pracy należy złożyć odrębnie na każde stanowisko pracy.**

**- Złożony wniosek nie podlega zwrotowi.**

**- Fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania środków z Funduszu Pracy lub EFS+. Środki publiczne przeznaczone na stworzenie stanowiska pracy są limitowane decyzjami finansowymi lub budżetami projektów.**

**- Umowa pomiędzy Dyrektorem Urzędu a Wnioskodawcą, zawierana jest w terminie 2 miesięcy od dnia uwzględnienia wniosku. Niepodpisanie umowy w w/w terminie z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy traktowane jest jako rezygnacja z przyznanych środków.**

|  |  |
| --- | --- |
| I. Dane dotyczące Wnioskodawcy | |
| Proszę o podanie następujących danych | |
| 1. Pełna nazwa Pracodawcy  (zgodnie z dokumentem rejestrowym) |  |
| 2. Adres, siedziba firmy  lub miejsce zamieszkania |  |
| 3. Adres do korespondencji |  |
| 4. Lokalizacja działalności przedsiębiorstwa –  proszę o podanie miejsca wykonywania  działalności wraz z oddziałami |  |
| 5. Data rozpoczęcia działalności | Data - ..…./……/……….r. |
| 6. Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy wnioskodawca zawieszał działalność gospodarczą ? Jeśli tak, proszę wskazać datę.  ( zaznaczyć znakiem **X**) | TAK  NIE  Data - ..…./……/……….r. |
| 7. REGON/lub PESEL w przypadku rolników |  |
| 8. NIP |  |
| 9. PKD – symbol podklasy (5 znakowy) - związany z tworzonym stanowiskiem pracy |  |
| 10. Czy wnioskodawca jest ?  ( zaznaczyć znakiem **X**) | **podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą**  **producentem rolnym**, o którym mowa w art. 46 ust. 1 pkt 1a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;  **niepubliczne przedszkole i niepubliczna szkoła**, o których mowa w ustawie z dnia 14 grudnia 2016r. - Prawo oświatowe;  **żłobek lub klub dziecięcy** tworzony i prowadzony przez osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, o których mowa w przepisach o opiece nad dziećmi w wieku do 3 lat), który tworzy miejsca pracy związane bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć;  **podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne dla dzieci niepełnosprawnych** w miejscu zamieszkania, w tym usługi mobilne. |
| 11. Forma prawna prowadzonej działalności | jednoosobowa działalność gospodarcza,  spółka cywilna,  spółka jawna,  spółka partnerska,  spółka komandytowa,  spółka komandytowo-akcyjna,  spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,  spółka akcyjna |
| 12. Forma opodatkowania | zasady ogólne  podatek liniowy  podatek dochodowy od osób prawnych (CIT)  ryczałt od przychodów ewidencjonowanych  karta podatkowa |
| 13. Wielkość podmiotu, zgodnie z załącznikiem I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014  z dnia 17 czerwca 2014 r. | mikroprzedsiębiorstwo  małe przedsiębiorstwo  średnie przedsiębiorstwo  inne przedsiębiorstwo |
| 14. Czy Pracodawca jest podatnikiem VAT ?  ( zaznaczyć znakiem **X**) | TAK  NIE |
| 15. Osoba/y/ upoważnione do podpisania umowy- wg dokumentu rejestrowego lub umowy spółki |  |
| 16. Osoba uprawiona do kontaktu w sprawach  dotyczących wniosku |  |
| 17. Telefon stacjonarny/komórkowy | Tel.: |
| 18. Adres poczty elektronicznej, strony www. | e-mail:  www. |
| 19. Nazwa banku i nr konta |  |
| 20. Wnioskowana kwota refundacji |  |

|  |
| --- |
| **II. Opis dotychczasowej działalności** |
| Proszę w kilku zdaniach opisać prowadzoną działalność, sytuację ekonomiczną firmy i perspektywy jej rozwoju – maksymalnie 1 strona |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A. Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełne etaty w ostatnich 6 miesiącach** | | | |
| Zatrudnienie na umowę o pracę w przeliczeniu na pełne etaty w 6 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku - stan zatrudnienia podajemy licząc 6 miesięcy wstecz licząc od daty złożenia wniosku na ostatni dzień każdego miesiąca | | | |
| **MIESIĄC/ROK** | **LICZBA ETATÓW**  Do zatrudnionych nie zalicza się:   1. osób przebywających na urlopach bezpłatnych, wychowawczych, macierzyńskich 2. osób odbywających zasadniczą służbę wojskową 3. osób wykonujących pracę nakładcza, 4. uczniów, którzy zawarli z zakładem pracy umowę o naukę zawodu lub przyuczenie do wykonywania określonej pracy 5. osób zatrudnionych na podstawie umowy o dzieło lub umowy zlecenia   Dane należy podać za okres ostatnich 12 miesięcy, z wyłączeniem miesiąca w którym składany jest wniosek (w przeliczeniu na pełne etaty) | **OSOBY PRZEBYWAJACE NA URLOPACH BEZPŁATNYCH** – liczba etatów | **LICZBA PRACOWNIKÓW, KTÓRYM ZMNIEJSZONO WYMIAR CZASU PRACY LUB Z KTÓRYMI ROZWIĄZANO STOSUNEK PRACY ZA WYPOWIEDZENIEM LUB NA MOCY POROZUMIENIA STRON Z PRZYCZYN NIEDOTYCZĄCYCH PRACOWNIKÓW W OKRESIE6 M-CY BEZPOŚREDNIO POPRZEDZAJĄCYCH DZIEŃ ZŁOŻENIA WNIOSKU** |
| /2024 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| /2025 |  |  |  |
| Stan zatrudnienia w etatach, w dniu złożenia wniosku (podać datę): | | ………………….  ……../…../……… r. | |
| Średni stan zatrudnienia z ostatnich 6 m-cy – wypełnia urząd | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B. Deklaracja utrzymania refundowanego stanowiska pracy** | | | | | |
| **1.Deklaruję utrzymanie refundowanego stanowiska pracy przez 24 m-ce (okres wynikający z ustawy) + 3 m-ce następujące po sobie bezpośrednio:** (zaznaczyć znakiem x) | | **TAK**  **NIE** | | | |
| ***Uwaga: Podjęte zobowiązanie ma wpływ na uzyskaną punktację – patrz kryteria oceny merytorycznej – i zostanie zawarte w umowie.*** | | | | | |
|  | | | | | |
| **III. Planowana inwestycja** | | | | | |
| **A. Charakterystyka przedsięwzięcia tworzonego przez wnioskodawcę** | | | | | |
| 1. Lokalizacja zakładu, w którym zostaną utworzone stanowiska pracy dla skierowanych bezrobotnych, poszukujących pracy opiekunów (Dokładny adres zgodnie z CEIDG, KRS, REGON, umową najmu lub dzierżawy. W przypadku działalności mobilnych proszę wpisać dodatkowo zakres obszaru, na którym będą wykonywane czynności w ramach tworzonego stanowiska pracy) | | | |  | |
| **2. Planowana liczba nowo tworzonych miejsc pracy dla skierowanych bezrobotnych (w pełnym wymiarze czasu pracy)** | | | | | |
| 2a. Liczba zatrudnianych na czas nieokreślony: | | |  | | |
| 2b. Liczba zatrudnianych na czas określony: | | |  | | |
| **OGÓŁEM** | | |  | | |
| **3.Planowana liczba nowo tworzonych miejsc pracy dla skierowanych poszukujących pracy opiekunów, poszukujących pracy absolwenta (co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy)** | | | | | |
| 3a. Liczba zatrudnionych na czas nieokreślony: | | |  | | |
| 3b. Liczba zatrudnionych na czas określony: | | |  | | |
| **OGÓŁEM** | | |  | | |
| 4. Opis nowo utworzonych miejsc pracy: proszę podać nazwę zajmowanych stanowisk, krótki zakres obowiązków oraz szacunkową wartość brutto proponowanego wynagrodzenia | | | | | |
| Nazwa stanowiska | Rodzaj pracy, obowiązki | Wymagane kwalifikacje: wykształcenia, uprawnienia, umiejętności, doświadczenie zawodowe, języki obce (poziom znajomości) itp. | | | Wynagrodzenie brutto |
| 4.1 |  |  | | |  |
| 4.2 |  |  | | |  |
| 4.3 |  |  | | |  |
| 4.4 |  |  | | |  |
| 4.5 Godziny pracy (uwzględniając zmianowość): | | ……..…-………. | | | |
| 4.6. Czy na dzień złożenia wniosku istnieje już w firmie wyżej wymienione stanowisko pracy | | TAK  NIE | | | |
| **UWAGA: W przypadku wystąpienia trudności z realizacją oferty, PUP zastrzega sobie możliwość zmiany powyższych ustaleń.** | | | | | |
| **4.7 Kandydat/ci na tworzone stanowisko/a pracy:** | | | | | |
| **Mam kandydata/ów**  **Jestem w trakcie poszukiwania kandydata/ów**  **spełniającego/ych kryteria naboru** | | | | | |
|  | | | | | |
| **B. Cele przedsięwzięcia** | | | | | |
| 1. Proszę scharakteryzować podstawowe cele przedsięwzięcia, uzasadnić potrzeby inwestycyjne np. poprawa bhp, wprowadzenie nowego produktu lub usługi lub ich ulepszenie, obniżenie kosztów produkcji, ochrona środowiska, informatyzacja, wzrost sprzedaży, poprawa konkurencyjności na rynku itp. Proszę podać czas potrzebny na realizację przedsięwzięcia oraz spodziewane efekty i wyniki. | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C. Kalkulacja wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy** | | | | | |
| Kalkulacja i 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, z uwzględnieniem źródła finansowania (dla każdego stanowiska należy wypełnić odrębnie) | | | | | |
| **Uwaga!!!**  Maksymalna kwota refundacji nie może przekroczyć **sześciokrotności przeciętnego wynagrodzenia**  na 1 st. pr. Kwota refundacji jest proporcjonalna do wymiaru czasu pracy skierowanego bezrobotnego, poszukującego pracy opiekuna lub poszukującego pracy absolwenta. Zakupy muszą być poniesione po podpisaniu umowy o refundację. Powiatowy Urząd Pracy w Iławie przed dokonaniem wypłaty refundacji i skierowaniem bezrobotnego stwierdza utworzenie stanowiska pracy. | | | | | |
| **Nazwa stanowiska pracy** | |  | | | |
| **Lp.** | **Planowany do zakupienia sprzęt** | **Ilość** | **Wnioskowana kwota refundacjibrutto/PLN\*** | **Środki własne wartość brutto/PLN** | **Całkowity koszt brutto/PLN** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **SUMA** | | |  |  |  |
| **UWAGA!!!**  **W przypadku zakupu sprzętu używanego, proszę zaznaczyć – „używany” i uzasadnić poniżej jego zakup** | | |  | | |
| **UZASADNIENIE:** Poniżej **Wnioskodawca** musi uzasadnić konieczność poniesienia wydatków finansowanych ze środków Funduszu Pracy dla danego stanowiska pracy. Należy w szczególności wykazać konieczność zakupienia danego środka - opisać sposób wykorzystania go przy tworzeniu stanowiska pracy, liczbę osób obsługujących, podstawowe parametry techniczne itd. W przypadku zakupu sprzętu używanego – rok produkcji. Dane przywoływane uzasadnieniu muszą być zgodne z ich odpowiednikami punktów zawartych w powyższej **tabeli.** | | | | | |
| LP. | UZASADNIENIE | | | | |
| **Poz. 1** |  | | | | |
| **Poz. 2** |  | | | | |
| **Poz. 3** |  | | | | |
| **Poz. 4** |  | | | | |
| **Poz. 5** |  | | | | |
| **Poz.6** |  | | | | |
| **Poz.7** |  | | | | |
| Zgodnie z § 4 ust. 3 pkt 5 Rozporządzenia MRPiPS 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 wnioskodawca zobowiązany jest do zwrotu równowartości odzyskanego, zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług, podatku od zakupionych towarów i usług w ramach przyznanej refundacji | | | | | |

|  |
| --- |
| **IV. Inne – proponowane formy zabezpieczeń (zakreślić właściwe)** |
| weksel z poręczeniem wekslowym (aval),  gwarancja bankowa,  blokada środków zgromadzonych na rachunku płatniczym  poręczenie  zastaw rejestrowy na prawach lub rzeczach,  Przy wyborze jednej z niżej wymienionych form zabezpieczenia proszę wskazać dodatkową formę zabezpieczenia  weksel in blanco  akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika  ***dokumenty potwierdzające wysokość dochodów oraz aktualne zobowiązania finansowe, w przypadku uwzględnienia wniosku należy dostarczyć w terminie do 2 miesięcy od dnia uwzględnienia wniosku, przed dniem podpisania umowy.*** |

**Wnioskodawca zobowiązuje się do zapewnienia wszelkich uprawnień wynikających z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujących pracownikom zatrudnionym w związku z zatrudnieniem skierowanych osób.**

# Świadoma/y odpowiedzialności cywilno-karnej za składanie nieprawidłowych danych oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

Ponadto oświadczam, że osoba wskazana do kontaktu z Powiatowym Urzędem Pracy w Iławie została zapoznana z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych stanowiącą załącznik nr 3 do wyżej wymienionego regulaminu.

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

miejscowość i data  (pieczątka i podpis Wnioskodawcy)

**Załączniki do wniosku (kserokopie dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem):**

1. Szczegółowy wykaz i harmonogram wydatków związanych z tworzonym stanowiskiem – zał. nr 1.

2. Oświadczenie wnioskodawcy

załącznik nr 1 do wniosku

załącznik nr 2 do wniosku

załącznik nr 3 do wniosku

3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (wypełnia wyłącznie przedsiębiorca) – zał. nr 4

4. Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę – dotyczy producentów rolnych – zał. nr 5

5. Oświadczenie dotyczące sankcji – zał. nr 6

6. Formularz o pomocy de minimis – zał. nr 7

7. Zgoda na doręczanie pism e-mail - zał. nr 8

8. Zgłoszenie ofert pracy – zał. nr 9

**9. Przedsiębiorcy, którzy**:

1. **rozliczają się na zasadach ogólnych** – składają zaświadczenie o uzyskanych dochodach z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej z Urzędu Skarbowego lub kopię zeznania podatkowego dokumenty złożone w Urzędzie skarbowym za ubiegły rok

PIT

CIT

W przypadku przedsiębiorców działających krócej niż rok

oświadczenie o osiągniętych dochodach za bieżący rok

1. **płacą zryczałtowany podatek**

zaświadczenie o uzyskanych przychodach z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej z Urzędu Skarbowego

kopię zeznania podatkowego PIT 28 za ubiegły rok.

**W przypadku przedsiębiorców działających krócej niż rok**

oświadczenie o osiągniętych dochodach za bieżący rok

1. **rozliczają się na zasadzie karty podatkowej**

kopię decyzji z Urzędu Skarbowego za ubiegły rok oraz oświadczenie o przychodach za rok bieżący.

10**. Producent rolny** załącza do wniosku

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 oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie,

11. **Aktualna umowa spółki**, w przypadku spółki cywilnej.

12. W przypadku braku adresu, pod którym ma być tworzone stanowisko pracy w dokumentach rejestracyjnych firmy – umowa najmu lub dzierżawy lokalu

**Kopie dokumentów załączone do wniosku muszą być potwierdzone za zgodnością z oryginałem przez wnioskodawcę. Wszelkie podpisy/parafowania winny być dokonywane niebieskim długopisem.**

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

(miejscowość i data) (podpis)