

.....  
/pieczęć pracodawcy/



Siemianowice Śląskie, dn. ....

.....  
/pozycja w rejestrze zgłoszeń/

**POWIATOWY URZĄD PRACY**  
**41-103 Siemianowice Śląskie**  
**ul. Wyzwolenia 17**

**W N I O S E K**  
**O REFUNDACJĘ KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**  
**DLA SKIEROWANEGO BEZROBOTNEGO**

na zasadach określonych w :  
ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz.U. z 2008r. Nr 69, poz. 415, z późn. zm.), ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007r. Nr 59, poz. 404 z późn. zm.), Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17.04.2009 r. w sprawie dokonywania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego oraz przyznawania bezrobotnemu środków na podjęcie działalności gospodarczej ( Dz. U. 2009 r. Nr 62 poz. 512).

**I. DANE O ZAKŁADZIE PRACY:**

Nazwa i/lub nazwisko .....

Adres .....

Tel..... tel. kom. .... fax..... e-mail .....

REGON ..... NIP..... PKD .....

Forma prawna .....

Rodzaj prowadzonej działalności .....

..... data rozpoczęcia .....

Nazwiska i imiona oraz stanowiska służbowe osób uprawnionych do reprezentowania pracodawcy:

.....  
/nazwisko i imię/

.....  
/stanowisko/

.....  
/nazwisko i imię/

.....  
/stanowisko/

**II. DANE DOTYCZĄCE TWORZONYCH MIEJSC PRACY**

1. Refundacja zostanie przeznaczona na utworzenie dodatkowego/yh ..... stanowisk/a pracy w:

.....  
(miejsce zatrudnienia)

| L.p. | Rodzaj pracy (stanowisko)<br>Zgodnie z klasyfikacją zawodów | Liczba miejsc<br>pracy | Wykształcenie / wymagane<br>kwalifikacje | Godziny<br>pracy | Wynagrodzenie<br>brutto (zł.) |
|------|---|------------------------|--|------------------|-------------------------------|
|      |   |                        |  |                  |                               |
|      |   |                        |  |                  |                               |
|      |   |                        |  |                  |                               |
|      |   |                        |  |                  |                               |

2. Kalkulacja kosztów własnych pracodawcy z tytułu zatrudnienia skierowanych na stanowiskach pracy bezrobotnych obejmujące wypłatę wynagrodzeń brutto oraz opłaconych od tych wynagrodzeń składek na ubezpieczenie społeczne.

| L.p. | Nazwa stanowiska pracy | Koszty własne Pracodawcy (zł.)                        |   |                     |
|------|------------------------|---|---|---------------------|
|      |                        | Wynagrodzenie brutto pracowników za okres 24 miesięcy | Składki na ubezpieczenie społeczne od tych wynagrodzeń za okres 24 miesięcy | Koszty ogółem (3+4) |
| 1    | 2                      | 3   | 4   | 5                   |
|      |                        |   |   |                     |
|      |                        |   |   |                     |
|      |                        |   |   |                     |
|      |                        |   |   |                     |
|      |                        |   |   |                     |
|      | RAZEM                  |   |   |                     |

3. Szczegółowa specyfikacja i harmonogram zakupów oraz koszt wyposażenia i doposażenia stanowisk pracy, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowisk pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymogami ergonomii.

| L.p. | Nazwa stanowiska pracy | Wyszczególnienie wyposażenia/doposażenia stanowiska pracy | Koszty wyposażenia/doposażenia pracy oraz źródła finansowania (zł.) | Wnioskowa wysokość refundacji ze środków Funduszu Pracy (zł.) |
|------|------------------------|---|---|---|
|      |                        |   |   |   |
|      |                        |   |   |   |
|      |                        |   |   |   |
|      |                        |   |   |   |
|      |                        |   |   |   |
|      |                        |   |   |   |
|      |                        |   |   |   |

4. Rodzaj pracy jaka będzie wykonywana przez skierowanego/ych bezrobotnego/ych:

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

### III. ZABEZPIECZENIE REFUNDACJI

1. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy (właściwe podkreślić):
  - weksel z poręczeniem wekslowym
  - poręczenie
  - gwarancja bankowa
  - zastawach na prawach lub rzeczach
  - blokada rachunku bankowego
  - akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika

.....

Pieczęć i podpis pracodawcy

#### Załączniki:

1. Kserokopia dokumentu poświadczającego formę prawną firmy (potwierdzona za zgodność z oryginałem):
  - zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, NIP, REGON
  - zaświadczenie o wpisie do Krajowego Rejestru Sądowego.
2. Zaświadczenie /aktualne 6 tygodni/ z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o niezaleganiu w opłaceniu składek.
3. Zaświadczenie /aktualne 6 tygodni /z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu z opłatami z tytułu zobowiązań podatkowych.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na, że refundacja jest dokonywana na wniosek pracodawcy po przedłożeniu rozliczenia i udokumentowania poniesionych w okresie od dnia zawarcia umowy do dnia zatrudnienia skierowanego bezrobotnego kosztów na wyposażenie lub doposażenie stanowisk pracy i zatrudnieniu na tych stanowiskach skierowanych bezrobotnych.

.....  
/podpis i pieczęć wnioskodawcy/

## OŚWIADCZAM ŻE:

1. Skierowani bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujących pracownikom zatrudnionym na czas nieokreślony.
2. Spełniam warunki określone w rozporządzeniu ministra pracy i polityki społecznej z dnia 17.04.2009r. w sprawie dokonywania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego oraz przyznawania bezrobotnemu środków na podjęcie działalności gospodarczej(DZ.U. 2009r. nr 62, poz. 512) do otrzymania środków na podjęcie działalności gospodarczej lub przystąpienia do spółdzielni socjalnej.
3. Nie zalegam z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, a także z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom.
4. Nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych w terminie.
5. Nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
6. Prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej przez okres co najmniej 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku (do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej);
7. Nie byłem/łam karany/a w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.)
8. Nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej w rozumieniu Komunikatu Komisji – Wytoczne Wspólnotowe dotyczące pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz.Urz.Ue C244 z 01.10.2004, str. 2)
9. Nie rozwiązałem, w okresie 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, stosunku pracy z pracownikiem za wypowiedzeniem dokonany przez zakład pracy.
10. Oświadczam, iż wysokość uzyskanej pomocy de minimis w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia wniosku wynosiła ..... euro . W przypadku otrzymania pomocy de minimis do wniosku należy dołączyć wszystkie zaświadczenia lub oświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w roku ubiegania się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat.
11. Oświadczam, iż wysokość uzyskanej pomocy ze środków publicznych, niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym ze środków z budżetu Unii Europejskiej, udzieloną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych wynosiła ..... euro.  
W przypadku otrzymania innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych do wniosku należy dołączyć 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.

### UWAGA!

**1/ DO CZASU PRZEKAZANIA PRZEZ PRZEDSIĘBIORCĘ POWYŻSZYCH INFORMACJI LUB ZAŚWIADCZEŃ, POMOC NIE MOŻE BYĆ UDZIELONA.**

**2/ WNIOSKI NIEUZUPEŁNIONE I NIEKOMPLETNE NIE BĘDĄ PODLEGAĆ ROZPATRZENIU!**

**Świadomi odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczamy, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

.....  
/pieczęć i podpis wnioskodawcy/