##### Załącznik nr 1

**Zasad dokonywania refundacji kosztów** **wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy przez Powiatowy Urząd Pracy w Słupcy**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Powiatowy Urząd Pracy w Słupcy |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/pieczęć przyjęcia wniosku przez PUP Słupca/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/nr wniosku nadany przez PUP Słupca/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pieczęć firmowa Wnioskodawcy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

miejscowość, data

**WNIOSEK o zrefundowanie kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy**

Podstawa prawna:

1. Ustawa o rynku pracy i służbach zatrudnienia z dnia 20 marca 2025 r.
2. 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.
3. Rozporządzenie Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.
4. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym.

**POUCZENIE:**

1. Wnioskodawca posiadający indywidualne konto w systemie teleinformatycznym zobowiązany jest do złożenia wniosku za pośrednictwem tego systemu.
2. W celu właściwego wypełnienia wniosku, prosimy o staranne jego przeczytanie.
3. Wniosek należy wypełnić czytelnie.
4. Prosimy o staranne i precyzyjne odpowiedzi na zawarte we wniosku pytania, które będą podstawą oceny przedsięwzięcia i pomocy w jego realizacji.
5. Wszystkie poprawki należy dokonać poprzez skreślenie i zaparafowanie.
6. Wnioskowane środki są świadczeniem fakultatywnym (nie podlegają rozpatrzeniu decyzją administracyjną), nie przysługuje więc odwołanie od sposobu rozpatrzenia wniosku.
7. Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.
8. **Rozpatrzeniu będzie podlegał tylko wniosek kompletny i prawidłowo sporządzony, gdyż stanowi on podstawę przyznania środków.**

**Wnioskodawca oświadcza,że:**

zapoznałem się z Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Słupcy, która jest dostępna na stronie internetowej pod linkiem:

<https://slupca.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych>

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy

**IDANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

1. Wnioskodawca jest \*:

☐**Przedsiębiorcą** – prowadzącym działalność gospodarczą zgodnie z przepisami prawa

☐**Niepublicznym przedszkolem / niepubliczną inną formą wychowania przedszkolnego / niepubliczną**

**szkołą\*** - zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe

☐ **Producentem rolnym**\* – osobą fizyczną, osobą prawną lub jednostką organizacyjną nieposiadającą

osobowości prawnej będącą posiadaczem gospodarstwa rolnego w rozumieniu ustawy

z dnia 15 listopada 1984 r. o podatku rolnym lub prowadzącą dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów ustaw o podatku dochodowym

☐**Żłobkiem / Klubem dziecięcym**\*, o którym mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad

dziećmi w wieku do lat 3 – prowadzony przez osobę fizyczną, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej – pod warunkiem, że refundowane stanowisko pracy jest związane bezpośrednio z opieką nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć

☐**Przedsiębiorcą / przedsiębiorstwem społecznym**\*, prowadzącym działalność polegającą na

świadczeniu usług rehabilitacyjnych (w tym mobilnych) dla dzieci niepełnosprawnych – pod

warunkiem, że refundowane stanowisko pracy jest związane bezpośrednio z tymi usługami

☐**Przedsiębiorcą**\* – organizującym stanowisko dziennego opiekuna sprawującego opiekę nad co najmniej jednym dzieckiem niepełnosprawnym.

**\* zazanacz właściwe**

1. Nazwa Podmiotu lub imię i nazwisko osoby fizycznej

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Adres siedziby albo adres miejsca zamieszkania

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Data rozpoczęcia działalności

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Numer PESEL (w przypadku osoby fizycznej)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Symbol podklasy rodzaju działalności gospodarczej określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Nr. Telefonu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. E – mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. REGON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. NIP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Forma prawna prowadzonej działalności:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby upoważnionej do zawierania umowy

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stanowisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Numer rachunku bankowego:
2. Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku od towarów i usług (VAT)?

⬜ TAK    ⬜ NIE

*W przypadku przysługiwania prawa 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.*

1. Liczba pracowników, z którymi rozwiązano stosunek pracy lub wobec których zastosowano zmniejszenie wymiaru czasu pracy w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wraz z podaniem przyczyn oraz przepisu Kodeksu Pracy, na podstawie którego doszło do rozwiązania stosunku pracy lub zmniejszenia wymiaru czasu pracy \*:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data rozwiązania umowy | Liczba osób z którymi rozwiązano stosunek pracy lub wobec których zmniejszono wymiar czasu pracy | Przyczyna rozwiązania stosunku pracyPrzyczyna zmniejszenia wymiaru czasu pracy(wskazać przepis Kodeksu Pracy) | Uzupełnienie stanu zatrudnienia lub uzupełnienie wymiaru czasu pracy (ilość) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* Dokumenty potwierdzające przyczynę zwolnienia lub zmniejszenia wymiaru czasu pracy pracowników (do wglądu pismo pracownika, świadectwo pracy)

1. **Czy Wnioskodawca jest mikroprzedsiębiorcą w rozumieniu art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców? (zaznacz właściwe)**

**☐ Tak         ☐ Nie**

1. **Czy Wnioskodawca zamierza zatrudnić w ramach refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy osobę:**
2. pozostającą z nim w stosunku **małżeństwa**,
3. **pokrewieństwa** lub **powinowactwa**,
4. pozostającą w stosunku **przysposobienia, opieki lub kurateli**?

**☐ Tak         ☐ Nie**

Jeśli **TAK**, proszę uzupełnić poniższe informacje:

**Imię i nazwisko osoby przewidzianej do zatrudnienia**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL osoby przewidzianej do zatrudnienia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rodzaj więzi łączącej z Wnioskodawcą**: ☐ małżeństwo ☐ pokrewieństwo ☐ powinowactwo ☐ przysposobienie ☐ opieka ☐ kuratela  
**Stopień pokrewieństwa / powinowactwa (jeśli dotyczy):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. DANE DOTYCZĄCE TWORZONEGO MIEJSCA PRACY**

1. Liczba tworzonych stanowisk pracy wyposażonych / doposażonych \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Wymiar czasu pracy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Zmianowość: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Nazwa zawodu (wg klasyfikacji zawodów i specjalności)**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez bezrobotnego: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Miejsce wykonywania pracy *(podać dokładny adres)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**III. INFORMACJE O WYMAGANIACH NIEZBĘDNYCH DO PODJĘCIA PRACY NA STANOWISKU**

1. Wykształcenie :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Doświadczenie zawodowe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IV. KALKULACJA WYDATKÓW NA UTWORZENIE STANOWISKA PRACY**

1. Całkowita wartość planowanych wydatków (w zł): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Kwota ewentualnego wkładu własnego (w zł): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. WNIOSKOWANA KWOTA ŚRODKÓW (nie więcej niż 6-krotność przeciętnego wynagrodzenia)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V.KALKULACJA I SPECYFIKACJA WYDATKÓW DLA POSZCZEGÓLNYCH STANOWISK PRACY I ŹRÓDŁA ICH FINANSOWANIA*(dla 1 stanowiska pracy).***

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: (*Uwaga – kwoty podaje się w zaokrągleniu do pełnych złotych*)

1. Nazwa stanowiska: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Rodzaj wydatków: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Źródła finansowania: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Kwota łączna środków brutto (PLN):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Należy uwzględnić wszystkie źródła finansowania, w tym pochodzące z pomocy publicznej i pomocy de minimis ze środków Wspólnoty Europejskiej i środków krajowych, z jakich korzysta Wnioskodawca w odniesieniu od wszystkich wymienionych powyżej wydatków.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących utworzenia stanowiska pracy, w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami BHP oraz wymaganiami ergonomii:** | | | | | | |
| **Lp.** | **Szczegółowa specyfikacja dot. wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy\*** | **Uzasadnienie zakupu  (do czego będzie służyło dane wyposażenie lub doposażenie)** | **Ilość** | **Wartość brutto (PLN)** | **Źródło finansowania** | |
| **Środki własne** | **Środki  z Funduszu Pracy** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** | | |  |  |  |

\* Rodzaj oraz nazwy maszyn i urządzeń, sprzętu, narzędzi, oprogramowania itp.

**VI. PROPONOWANA FORMA ZABEZPIECZENIA EWENTUALNEGO ZWROTU ŚRODKÓW**

**Zaznaczyć wybraną „X”**

1. Poręczenie 🞎
2. Weksel in blanco 🞎
3. weksel z poręczeniem wekslowym (aval) 🞎
4. gwarancja bankowa 🞎
5. zastaw rejestrowy na prawach lub rzeczach 🞎
6. blokada środków zgromadzonych na rachunku płatniczym 🞎
7. akt notarialny o poddaniu się egzekucji w trybie art. 777§ 1 pkt 5 k.p.c przez dłużnika🞎

**Przy zabezpieczeniu w formie weksla in blanco albo aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji**

**jest konieczne ustanowienie dodatkowego zabezpieczenia.**

**VII. OŚWIADCZENIA**

1. O wsparcie w ramach refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy **Wnioskodawca** ubiega się **w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą** w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej:

* NIE
* TAK

1. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej na pyt. 1 należy wskazać właściwy **akt normatywny, który będzie miał zastosowanie:**

□ rozporządzenie Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023 r.) - zakres: wszystkie rodzaje działalności gospodarczej, w tym przetwarzanieproduktów rolnych oraz rybołówstwa i akwakultury oraz wprowadzania ich doobrotu,do 300.000 EUR w okresie trzech lat niezależnie od przedmiotu działalności.

□ rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. 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 r., str. 9, ze zm.) - zakres: producenci podstawowych produktów rolnych, do 50.000 EUR w okresie trzech lat,

□ rozporządzenie Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z dnia 28.06.2014 r., str. 45, ze zm.) - zakres: producenci podstawowych produktów rybołówstwa i akwakultury,do 30.000 EUR w bieżącym roku i dwóch latach podatkowych gopoprzedzających.

**VII. ZAŁĄCZNIKI**

Oświadczenie Wnioskodawcy, stanowiące załącznik nr 1.

Oświadczenie o pomocy *de minimis*, stanowiące załącznik nr 2.

Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*.

W przypadku pracodawców prowadzących działalność w formie spółki cywilnej**– umowa** spółki.

1. **UWAGA:**
   1. **Starosta w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku informuje Wnioskodawcę o rozpatrzeniu wniosku. W przypadku wniosku niekompletnego starosta wyznacza Wnioskodawcy 7-dniowy termin na jego uzupełnienie. Wniosek nieuzupełniony w terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.**
   2. Wnioskodawca zobowiązany jest do złożenia na dzień podpisania umowy oświadczenia dotyczącego spełnienia warunku niezmniejszenia wymiaru czasu pracy i zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn - uzupełnienia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia.
   3. Wnioskodawca zobowiązany jest do złożenia stosownego oświadczenia, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.
   4. **Podmiot jest zobowiązany do utrzymania stanowiska pracy** utworzonego w związku z przyznaną refundacją przez **okres co najmniej 18 miesięc**y, a w przypadku przyznania refundacji w kwocie nie większej niż 4-krotność przeciętnego wynagrodzenia – **co najmniej przez 12 miesięcy.**
   5. Wnioskodawca, który zatrudnia na stanowisku utworzonym w ramach refundacji, ma obowiązek przestrzegać przepisów Kodeksu pracy oraz innych przepisów prawa dotyczących zatrudnienia i wynagradzania pracowników.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy

**Załącznik nr 1** do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Reprezentując Wnioskodawcę - **przedsiębiorcę, żłobek, klub dziecięcy, podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne,niepubliczne przedszkole, niepubliczną inną formę wychowania przedszkolnego, niepubliczną szkołę,(\*zakreśl właściwe):**

oświadczam na dzień złożenia wniosku, że:

1. Wnioskodawca, osoby reprezentujące wnioskodawcę i osoby zarządzające wnioskodawcą w okresie ostatnich 2 lat **nie były / były\*** prawomocnie skazane za:
2. przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń;
3. przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lubprzeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilno-prawnym na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny;
4. za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub;
5. za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego;
6. Przez ostatnie 6 miesięcy Wnioskodawca **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;
7. W okresie ostatnich 6 miesięcy Wnioskodawca **nie zmniejszył / zmniejszył\*** wymiaru czasu pracy i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – uzupełnił wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia;
8. Na dzień złożenia wnioskuWnioskodawca:
9. **nie zalega/zalega\***z:
10. wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom;
11. opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych;
12. wypłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
13. **nie zalega/zalega\***z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne (KRUS);
14. Wnioskodawca**nie zalega/zalega\***z opłacaniem innych danin publicznych;
15. Wnioskodawca**nie posiada / posiada\*** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.

Prawdziwość informacji zawartych w oświadczeniu potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub osoby

upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Reprezentując Wnioskodawcę – **Producenta rolnego** oświadczam na dzień złożenia wniosku, że:

**Wnioskodawca, osoby reprezentujące Wnioskodawcę i osoby zarządzające Wnioskodawcą** w okresie ostatnich 2 lat **nie były / były\*** prawomocnie skazane za:

1. przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń;
2. przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilno-prawnym na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny;
3. za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub;
4. za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego;

W okresie ostatnich 6 miesięcy **Wnioskodawca nie zmniejszył / zmniejszył\*** wymiaru czasu pracy i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – uzupełnił wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia;

Na dzień złożenia wniosku **Wnioskodawca**:

1. **nie zalega/zalega\*** z:
2. wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom;
3. opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych;
4. wypłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
5. **nie zalega/zalega\***z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne (KRUS);
6. **Wnioskodawca nie zalega/zalega\***z opłacaniem innych danin publicznych;
7. **Wnioskodawca nie posiada / posiada\*** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
8. Przez ostatnie 6 miesięcy **Wnioskodawca** posiadał **gospodarstwo rolne / prowadził dział specjalny produkcji rolnej\***
9. W okresie ostatnich 6 miesięcy **Wnioskodawca zatrudniał / nie zatrudniał\*** w każdym miesiącu co najmniej jednego pracownika w pełnym wymiarze czasu pracy.

Prawdziwość informacji zawartych w oświadczeniu potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub osoby

upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy

**Załącznik nr 2** do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS**

w zakresie wynikającym z art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej

**Wnioskodawca:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oświadczam, że:**

□ w okresie minionych trzech lat **Wnioskodawca nie uzyskał pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie**;

□ w okresie minionych trzech lat **Wnioskodawca uzyskał pomoc de minimis oraz pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w łącznej wysokości**:

w PLN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

w EUR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**w tym:**

pomoc de minimis w łącznej wysokości w EUR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , w tym pomoc de minimis przyznawaną przedsiębiorstwom wykonującym usługi świadczone w ogólnym interesie gospodarczym w łącznej wysokości w EUR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

pomoc de minimis w rolnictwie w łącznej wysokości w EUR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

pomoc de minimis w rybołówstwie w łącznej wysokości w EUR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**UWAGA! Przy ustalaniu wartości pomocy udzielonej Wnioskodawcy uwzględnia się także sumę wartości pomocy udzielonej przedsiębiorstwom powiązanym[[1]](#footnote-2).**

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszej informacji są zgodne ze stanem faktycznym.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy

1. **Przedsiębiorstwa powiązane** to kategoria ekonomiczna przedsiębiorstw, które tworzą grupę, tzw. **jedno przedsiębiorstwo**, poprzezbezpośrednią lub pośrednią kontrolę kapitału większościowego lub większości praw głosu (za pośrednictwem umów bądź, w niektórychprzypadkach, indywidualnych udziałowców) lub przez zdolność wywierania dominującego wpływu na działalność danego przedsiębiorstwa.

   Definicja **jednego przedsiębiorstwa** określona jest w art. 2 ust. 2 rozporządzenia Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawiestosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis [↑](#footnote-ref-2)