

Powiatowy Urząd Pracy
w Brzegu

Nr wniosku.....

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ
ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU PRACY
KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY DLA
SKIEROWANEGO BEZROBOTNEGO /OPIEKUNA / POSZUKUJĄCEGO PRACY
ABSOLWENTA ***

Dane wnioskodawcy :

Nazwa podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą

.....

Miejscowość Województwo

Ulica Nr

Kod Poczta

Telefon kontaktowy e-mail :

Dane biura rachunkowego:

Nazwa.....

Telefon kontaktowy

e-mail.....

Osoba reprezentująca wnioskodawcę

Uwaga: Regulamin przyznawania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego znajduje się na stronie internetowej <http://brzeg.praca.gov.pl> - prosimy o zapoznanie się z w/w regulaminem.

W celu właściwego wypełnienia wniosku prosimy o wnikliwe jego przeczytanie. Obejmuje on zagadnienia, których znajomość jest niezbędna do przeprowadzenia kompleksowej analizy formalnej i finansowej przedsięwzięcia w celu podjęcia przez PUP właściwej decyzji.

Prosimy o dołożenie wszelkich starań, aby precyzyjnie odpowiedzieć na postawione pytania. Tylko wtedy będziemy mogli prawidłowo ocenić Państwa przedsięwzięcie i pomóc w jego realizacji.

Przedkładając niniejszy wniosek wnioskodawca zobowiązuje się do udostępnienia przedstawicielom PUP w Brzegu dokumentacji przedsięwzięcia w okresie przed przyznaniem refundacji oraz w czasie trwania umowy.

Złożenie wniosku o udzielenie refundacji ze środków Funduszu Pracy nie gwarantuje jej otrzymania. Od negatywnego stanowiska PUP nie przysługuje odwołanie.

Prosimy o niedokonywanie zmian w układzie stron wniosku i czytelne jego wypełnienia długopisem. Wszelkie poprawki należy dokonywać przez skreślanie i zaporafowanie.

Wniosek nie kompletny i wypełniony na komputerze nie będzie przedstawiony komisji kwalifikacyjnej.

***Prosimy o zakreślenie odpowiedniego kandydata na tworzone stanowisko pracy.**

I. INFORMACJA O WNIOSKODAWCY

1. Nazwa podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą
-
-
2. Adres podmiotu
-
3. Forma prawna
4. Numer identyfikacyjny w krajowym rejestrze urzędowym podmiotów gospodarki narodowej REGON.....
5. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD)
6. NIP.....
7. Rodzaj prowadzonej działalności - krótki opis
-
-
-
8. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej
9. Okresy zawieszenia działalności gospodarczej w ciągu 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku *
10. Forma prawna prowadzonej działalności gospodarczej.....
11. Forma opodatkowania
12. Numer konta w banku
13. Wielkość przedsiębiorstwa
14. Nazwisko i imię oraz stanowisko osób upoważnionych do podpisywania umowy :

.....
nazwisko i imię	stanowisko
.....
nazwisko i imię	stanowisko

* nie dotyczy żłobków, klubów dziecięcych tworzących stanowiska pracy związane bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi, podmiotów świadczących usługi rehabilitacyjne, w tym mobilne, związanych bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania.

II. DANE DOTYCZĄCE STANU ZATRUDNIENIA U PODMIOTU GOSPODARCZEGO W OSTATNICH 6 MIESIĄCACH POPRZEDZAJĄCYCH ZŁOŻENIE WNIOSKU

Oświadczam pod odpowiedzialnością karną (art. 233 Kodeksu Karnego), że :

l.p.	Miesiąc / rok	Liczba zatrudnionych pracowników				Liczba pracowników w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba osób z którymi rozwiązano stosunek pracy
		ogółem	w tym				
			na czas nie określony	na czas określony	Inny rodzaj umowy (zlecenie, o dzieło)		
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
razem							

1. Średni stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełne etaty z okresu ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku wynosi.....osób.

2. Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełne etaty wynosi.....osób.

3. W sytuacji zmniejszenia stanu zatrudnienia lub zmniejszenia wymiaru czasu pracy pracownika w okresie ostatnich 6 m-cy , bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku , podać przyczyny spadku zatrudnienia w tym :

- dobrowolne odejścia ,przejścia na emeryturę z powodu wieku osób
- zgodne z prawem zwolnienia za naruszenia obowiązków służbowychosób
- redukcje etatówosób,
- inne (podać jakie; np. wypowiedzenie umowy przez pracodawcę, zmniejszenie wymiaru czasu pracy pracownika) (osób) , (jakie stanowisko).....

.....

W przypadku rozwiązania stosunku pracy w ramach redukcji etatów lub z innych przyczyn , prosimy o załączenie do wniosku kopii wypowiedzenia umowy o pracę oraz świadectw pracy.

W załączeniu deklaracja DRA z ostatnich 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku

III. DANE DOTYCZĄCE STANOWISKA PRACY DLA SKIEROWANEGO

BEZROBOTNEGO/ OPIEKUNA / POSZUKUJĄCEGO PRACY ABSOLWENTA*1

1. Liczba stanowisk pracy - ogółem : w tym:

Nazwa stanowiska pracy zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności.....

.....KOD ZAWODU:

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania-(Dz.U. z 2010 r. nr 82 , poz.567) w/w wykaz jest również dostępny na stronie internetowej : www.psz.praca.gov.pl

2. Rodzaj pracy wykonywanej przez skierowaną osobę bezrobotną/ opiekuna/poszukującego pracy absolwenta na stanowiskach pracy:

.....

3. Wymagane kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do pracy, jakie powinien spełniać skierowany przez PUP bezrobotny /opiekun/absolwent poszukujący pracy :

– wykształcenie (poziom, ewentualnie kierunek)

– staż pracy

– umiejętności specjalności

– uprawnienia

– inne wymagania

.....

4. Ilość zmian

5. Wymiar czasu pracy*2

6. Godziny pracy (od - do)

7. Miejsce wykonywania pracy przez skierowanych bezrobotnych (proszę podać adres)

.....

8. Tytuł prawny do lokalu w którym będą znajdować się stanowiska pracy:

.....

9. Termin utworzenia, wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy dla bezrobotnych (maksymalnie 25 dni od daty zawarcia umowy o refundację):

.....

*¹ prosimy o zakreślenie odpowiedniego kandydata na tworzone stanowisko pracy.

*² podmiot, producent rolny, szkoła, przedszkole, żłobek, klub dziecięcy, podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne zatrudnia bezrobotnego skierowanego przez PUP, na wyposażonym lub doposażonym stanowisku pracy, na okres co najmniej 24 miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy.

*² podmiot, producent rolny, szkoła, przedszkole, żłobek, klub dziecięcy, podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne zatrudnia opiekuna skierowanego przez PUP, na wyposażonym lub doposażonym stanowisku pracy, co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy na okres co najmniej 24 miesięcy.

*² żłobek, klub dziecięcy, podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne zatrudnia bezrobotnego, opiekuna, poszukującego pracy absolwenta skierowanego przez PUP, na wyposażonym lub doposażonym stanowisku pracy, co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy na okres co najmniej 24 miesięcy.

IV. ANALIZA FINANSOWA

1. Wnioskowana kwota kosztów refundacji : ogółem brutto (w złotych).....

w tym (proszę określić koszty refundacji w przypadku poszczególnych stanowisk pracy, odrębnie dla każdego stanowiska)

.....KOD Zawodu

2. Kwota refundacji jest proporcjonalna do wymiaru czasu pracy skierowanego bezrobotnego, skierowanego opiekuna lub skierowanego poszukującego pracy absolwenta.

3. Specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia i doposażenia stanowisk pracy (proszę przygotować osobną specyfikację dla każdego stanowiska pracy) w tym środków niezbędnych do zapewnienia stanowisk pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymogami ergonomii. **W załączeniu oferty cenowe: (katalogi, prospekty, oferty sklepowe, internet)**

Lp.	Wyszczególnienie, Rodzaju zakupów, Sprzęt nowy/ Sprzęt używany <small>*(proszę wpisać właściwe)</small>	Uzasadnienie konieczności dokonania zakupów, opis techniczny	Środki własne (w złotych)	Środki z Funduszu Pracy – brutto (w złotych)	Inne źródła (podać jakie) (w złotych)	Razem (w złotych)

UWAGA: Suma wartości brutto wydatków kwalifikowanych musi być zgodna z kwotą wnioskowaną.

V. PROPONOWANA FORMA ZABEZPIECZENIA ZWROTU REFUNDACJI :

weksel z poręczeniem wekslowym (aval)

inne formy zabezpieczenia.....

Jeśli została wybrana ta opcja to prosimy podać formę zgodnie z dopuszczalnymi formami zabezpieczenia z „Regulaminem w sprawie dokonania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego lub skierowanego opiekuna osoby niepełnosprawnej w ramach pomocy de minimis oraz form zabezpieczenia zwrotu otrzymanych środków w Powiatowym Urzędzie Pracy w Brzegu (§ 7 pkt 3)”

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis wnioskodawcy

VI. OPINIA POŚREDNIKA PRACY W ZAKRESIE MOŻLIWOŚCI SPEŁNIANIE WYMAGAŃ OKREŚLONYCH WE WNIOSKU DOTYCZĄCYCH STANOWISKA PRACY DLA SKIEROWANEGO BEZROBOTNEGO

.....
(Data i podpis Pośrednika Pracy)

VII. ZATWIERDZAM DO REALIZACJI

.....
(Data i podpis Dyrektora PUP)