

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 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 jednocześnie 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 zaparafowanie.

Wniosek nie kompletny 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 wynosiosób.

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.....

.....

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 określenie 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. ANAŁIZA FINANSOWA

1. Wnioskowana kwota kosztów refundacji : ogółem
w tym **(proszę określić koszty refundacji w przypadku poszczególnych stanowisk pracy, odrębnie dla każdego stanowiska)**
.....
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)**

[illegible]

[illegible]

V. PROPONOWANA FORMA ZABEZPIECZENIA ZWROTU REFUNDACJI :

1.
2.
3.

.....

miejsowość , data

.....

pieczęć i podpis wnioskodawcy