

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ  
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.

Wniosek nie kompletny nie będzie przedstawiony komisji kwalifikacyjnej.

**\*Prosimy o określenie odpowiedniego kandydata na tworzone stanowisko pracy.**

## I. INFORMACJA O WNIOSKODAWCY

1. Nazwa podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą .....
2. Adres podmiotu .....
3. Numer identyfikacyjny w krajowym rejestrze urzędowym podmiotów gospodarki narodowej REGON.....
4. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) .....
5. NIP.....PESEL ( w przypadku osoby fizycznej, jeżeli został nadany.....
6. Rodzaj prowadzonej działalności - krótki opis .....
7. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej .....
8. Okresy zawieszenia działalności gospodarczej w ciągu 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku \* .....
9. Forma prawna prowadzonej działalności gospodarczej.....
10. Forma opodatkowania .....
11. Numer konta firmowego w banku .....
12. Wielkość przedsiębiorstwa .....
13. 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 :

I.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.							
<b>razem</b>							

**Do zatrudnionych nie zalicza się:**

- osób wykonujących pracę nakładczą
- uczniów, którzy zawarli z zakładem pracy umowę o naukę zawodu lub przyuczenie do wykonywania określonej pracy,
- osób zatrudnionych na podstawie umowy o dzieło lub umowy zlecenie,
- osób przebywających na urloпах wychowawczych oraz bezpłatnych

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 służbowych .....osób
- redukcje etatów .....osób,
- 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**



3. Preferowane kwalifikacje i inne umiejętności przydatne do pracy, jakie powinien spełniać skierowany przez PUP bezrobotny /opiekun/absolwent poszukujący pracy :

– wykształcenie ( poziom, ewentualnie kierunek )

bez znaczenia – osoba do przyuczenia na stanowisku

zasadnicze zawodowe

średnie

wyższe

W przypadku zaznaczenia wykształcenia innego niż „bez znaczenia” proszę podać preferowany kierunek wykształcenia lub ewentualnie wszystkie dopuszczalne kierunki pokrewne:.....

–staż pracy w zawodzie (proszę podać w jakim zawodzie lub wszystkie dopuszczalne pokrewne)

nie wymagany – osoba do przyuczenia na stanowisku

poniżej 1 roku

od 1 do 2 lat

od 2 do 3 lat

powyżej 3 lat

– umiejętności specjalności .....

– uprawnienia kursy (proszę podać jakie) .....

– inne wymagania .....

4. Ilość zmian .....

5. Wymiar czasu pracy ..... \*2

6. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto: .....

7. Godziny pracy ( od - do ) .....

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

.....

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

.....

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

.....

\*<sup>1</sup> prosimy o zakreślenie odpowiedniego kandydata na tworzone stanowisko pracy.

\*<sup>2</sup> 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 miesiące w pełnym wymiarze czasu pracy.

\*<sup>2</sup> 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 miesiące.

\*<sup>2</sup> 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 miesiące.

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




	RAZEM					

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



**VI. 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

**VII. OPINIA POŚREDNIKA PRACY W ZAKRESIE MOŻLIWOŚCI SPEŁNIENIA WYMAGAŃ OKREŚLONYCH WE WNIOSKU DOTYCZĄCYCH STANOWISKA PRACY DLA SKIEROWANEGO BEZROBOTNEGO**

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

**VIII. ZATWIERDZAM DO REALIZACJI**

.....

**(Data i podpis Dyrektora PUP)**