Kolbuszowa, dnia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

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

pieczęć firmowa wnioskodawcy

**Starosta Kolbuszowski**

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Kolbuszowej**

**Wniosek**

***o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy***

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 475) oraz w rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej(t.j. Dz. U. z 2022r. poz. 243) oraz Regulaminu dokonywania przez Starostę Kolbuszowskiego refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.

**Przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z „Regulaminem dokonywania przez Starostę Kolbuszowskiego refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy”.**

|  |
| --- |
| * **Wniosek należy wypełnić w sposób czytelny wpisując treść w każdym do tego wyznaczonym punkcie wniosku.** * **Wszelkie poprawki należy dokonywać poprzez skreślenie, zaparafowanie i podanie daty dokonania zmiany.** * **Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku.** * **W przypadku gdy dany punkt wniosku nie dotyczy wnioskodawcy, należy wpisać adnotację „NIE DOTYCZY”.** * **Złożony wniosek nie podlega zwrotowi.** |

**Wniosek dotyczy** (właściwe zaznaczyć)**:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | kosztów wyposażenia stanowiska pracy |  | kosztów doposażenia stanowiska pracy |

**Wniosek składa** (właściwe zaznaczyć)**:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | podmiot prowadzący działalność gospodarczą |  | żłobek lub klub dziecięcy świadczący bezpośrednio opiekę nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzący dla nich zajęcia |
|  | niepubliczne przedszkole lub niepubliczna szkoła |  | podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne związane bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych |
|  | producent rolny |  |  |

**CZĘŚĆ A**

**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

1. OZNACZENIE WNIOSKODAWCY:

**1. Pełna nazwa wnioskodawcy:**

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

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

**2. Adres siedziby:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**3. Adres korespondencyjny**: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**4. Nr telefonu/fax-u:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**5.** **E-mail** \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Wyrażam zgodę /  nie wyrażam zgody\*** na przesyłanie korespondencji związanej z realizacją wniosku i zawartej umowy pocztą elektroniczną oraz kontaktowanie się w tych sprawach telefonicznie, jednocześnie zobowiązuje się do niezwłocznego potwierdzania otrzymywanej pocztą elektroniczną korespondencji na wskazany wyżej adres.

**6. Nr NIP:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**7. Nr PESEL (w przypadku osób fizycznych, wspólników spółek cywilnych oraz spółek jawnych), jeżeli został nadany:**

* imię i nazwisko, PESEL: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_
* imię i nazwisko, PESEL: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**8. Nr REGON, jeżeli został nadany:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**9. Forma prawna** prowadzonejdziałalności (np. osoba fizyczna, sp. z o.o., itp.): \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**10. Data** rozpoczęcia prowadzenia działalności: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**11.** **Okresy zawieszeń** działalności: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**12. Sposób prowadzenia sprawozdawczości finansowej\*:**

* pełna - Wnioskodawca prowadzi księgi rachunkowe oraz sporządza bilans i rachunek wyników,
* uproszczona - Wnioskodawca prowadzi :
* księgę przychodów i rozchodów, płaci podatek wg:
  + skali podatkowej
  + liniowy
* płaci podatek dochodowy w formie zryczałtowanej
* jest opodatkowany w formie karty podatkowej

**13.**

* **Jestem płatnikiem podatku VAT\***
* **Nie jestem płatnikiem podatku VAT\***

**14. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) zgodnie z REGON-em (przeważające PKD):** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**15. Symbol podklasy prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) wraz z opisem, w ramach którego podmiot planuje utworzenie stanowiska pracy:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**16. Rachunek bieżący** Wnioskodawcy prowadzony w banku:

Nazwa banku: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Nr konta bankowego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa banku: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Nr konta bankowego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**17. Wielkość Wnioskodawcy prowadzącego działalność w rozumieniu przepisów o pomocy publicznej\*):**

☐ **mikroprzedsiębiorstwo –** przedsiębiorstwo, którew co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniało średniorocznie RJP **\*\***mniej niż 10 pracowników oraz osiągnęło roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 mln euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 mln euro;

☐ **małe przedsiębiorstwo** – przedsiębiorstwo, które w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniało średniorocznie RJP **\*\*** mniej niż 50 pracowników oraz osiągnęło roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 mln euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 mln euro;

☐ **średnie przedsiębiorstwo** – przedsiębiorstwo, które w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniało średniorocznie RJP **\*\***mniej niż 250 pracowników oraz osiągnęło roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 mln euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 mln euro;

☐ **duże przedsiębiorstwo** – przedsiębiorstwo nie spełniające warunków określonych w w/w punktach.

***\**** *właściwe zaznaczyć*

**\*\****Roczne Jednostki Pracy (RJP) niezbędne do ustalenia statusu MŚP, należy obliczać zgodnie z zapisami artykułu 5 „Liczba personelu”* ***Załącznik I Rozporządzenia Komisji UE nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014r****.* *Liczba personelu odpowiada liczbie rocznych jednostek pracy (RJP), to jest liczbie pracowników zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy w obrębie danego przedsiębiorstwa lub w jego imieniu w ciągu całego uwzględnianego roku referencyjnego. Praca osób, które nie przepracowały pełnego roku, osób, które pracowały w niepełnym wymiarze godzin, bez względu na długość okresu zatrudnienia, lub pracowników sezonowych jest obliczana jako część ułamkowa RJP.*

*W skład personelu wchodzą:*

1. *pracownicy,*
2. *osoby pracujące dla przedsiębiorstwa, podlegające mu i uważane za pracowników na mocy prawa krajowego,*
3. *właściciele-kierownicy,*
4. *partnerzy prowadzący regularną działalność w przedsiębiorstwie i czerpiący z niego korzyści finansowe.*

*Praktykanci lub studenci odbywający szkolenie zawodowe na podstawie umowy o praktyce lub szkoleniu zawodowym nie wchodzą w skład personelu. Nie wlicza się okresu trwania urlopu macierzyńskiego ani wychowawczego.*

**18. Informacja o zatrudnieniu w okresie 6 pełnych miesięcy bezpośrednio poprzedzających miesiąc złożenia wniosku.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesiąc, rok** | **Liczba zatrudnionych pracowników na ostatni dzień miesiąca**  /na podstawie umowy o pracę/ | **Liczba osób, z którymi zakończono/ rozwiązano stosunek pracy** | | | | | | | |
| Z powodu upływu okresu na jaki została zawarta umowa o pracę | Za wypowie-dzeniem dokonanym przez Wnioskoda-wcę | Na mocy porozumienia stron z inicjatywy Wnioskoda-wcy | Za  wypowiedze-niem dokonanym przez pracownika | Na mocy porozumienia stron z inicjatywy pracownika | Przejście na emeryturę lub rentę | Zwolnienie z powodu ciężkiego naruszenia obowiązków pracowniczych (art. 52 Kodeksu Pracy) | **Ogółem**  /Suma pozycji  od 1 do 7/ |
| **Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na ostatni dzień miesiąca** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **SUMA:** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Wg stanu na dzień \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** (data złożenia wniosku) **liczba zatrudnionych pracowników na**

**podstawie umowy zlecenie wynosi \_ \_ \_ \_ osób, umowy o dzieło \_ \_ \_ \_ osób.**

**Wg stanu na dzień \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** (data złożenia wniosku) **liczba zatrudnionych pracowników ogółem wynosi \_ \_ \_ \_ osób, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wynosi \_ \_ \_ .**

**W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku zmniejszyłem wymiar czasu pracy z następującą liczbą pracowników \_ \_ \_ \_ \_, w tym na postawie art. 15 g ust. 8 \_ \_ \_ \_ \_** (podać liczbę pracowników)**, na podstawie art. 15 gb ust. 1 pkt 1 \_ \_ \_ \_ \_** (podać liczbę pracowników) **ustawy z dnia 2 marca 2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 340 z późn. zm), zwanej dalej „ustawą COVID-19” lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15 zzf ustawy COVID-19 \_ \_ \_ \_ \_** (podać liczbę pracowników)**.**

**Oświadczam, że dokumenty potwierdzające powyższy stan znajdują się w moim posiadaniu i zostaną dostarczone na każde wezwanie Urzędu.**

1. **Imiona i nazwiska oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do reprezentacji i zawarcia umowy:**

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

1. **Dane osoby upoważnionej do kontaktu z PUP Kolbuszowa:**
2. **imię i nazwisko** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_
3. **stanowisko** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**telefon kontaktowy** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

1. **DANE DOTYCZĄCE STANOWISK PRACY WYPOSAŻONYCH LUB DOPOSAŻONYCH, NA KTÓRYCH PODEJMĄ ZATRUDNIENIE OSOBY SKIEROWANE PRZEZ URZĄD**
2. Wnioskowana kwota refundacji\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ (słownie: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ )
3. Lokalizacja zakładu, w którym zostaną utworzone stanowiska pracy w związku z realizacją przedsięwzięcia (dokładny adres, nr telefonu): \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

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

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

1. Tworzone miejsce/a/ pracy będzie/dą/ w (właściwe zaznaczyć):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | produkcji, |  | handlu, |  | usługach. |

1. Liczba stanowisk pracy, które zostaną utworzone dla skierowanych bezrobotnych\*/ opiekunów[[1]](#footnote-1)\*/poszukujących pracy absolwentów[[2]](#footnote-2)\* w związku z realizacją przedsięwzięcia: \_ \_ \_ \_ \_ \_
2. Wymiar czasu pracy zatrudnianych skierowanych bezrobotnych\*/opiekunów\*/ poszukujących pracy absolwentów\*: \_ \_ \_ \_ \_ \_
3. Proponowany okres zatrudnienia: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_
4. Proponowane wynagrodzenie brutto dla skierowanej osoby: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_
5. Praca przez skierowanych bezrobotnych\*/opiekunów\*/poszukujących pracy absolwentów wykonywana będzie na :
6. Jedną zmianę, w godzinach od \_ \_ \_ \_ \_ do \_ \_ \_ \_ \_

sobota: od \_ \_ \_ \_ \_ do \_ \_ \_ \_ \_

1. Dwie zmiany, w godzinach:

I zmiana od \_ \_ \_ \_ \_ do \_ \_ \_ \_ \_

II zmiana od \_ \_ \_ \_ \_ do \_ \_ \_ \_ \_

sobota: od \_ \_ \_ \_ \_ do \_ \_ \_ \_ \_

1. Trzy zmiany, w godzinach:

I zmiana od \_ \_ \_ \_ \_ do \_ \_ \_ \_ \_

II zmiana od \_ \_ \_ \_ \_ do \_ \_ \_ \_ \_

III zmiana od \_ \_ \_ \_ \_ do \_ \_ \_ \_ \_

sobota: od \_ \_ \_ \_ \_ do \_ \_ \_ \_ \_

1. Ruch ciągły: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_
2. Praca w niedzielę i święta: TAK / NIE\*
3. Praca w porze nocnej: TAK / NIE\*
4. Praca w delegacji: TAK / NIE\*
5. Tworzone miejsce/a/ pracy będzie/dą/ w zawodzie:
6. \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

/podać nazwę oraz kod zawodu zgodnie z obowiązującą klasyfikacją zawodów/

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

1. \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

/podać nazwę oraz kod zawodu zgodnie z obowiązującą klasyfikacją zawodów/

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

1. Miejsce i rodzaj pracy z podziałem na stanowiska pracy:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa stanowiska pracy** | **Liczba miejsc** | **Miejsce wykonywania pracy** | **Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanego bezrobotnego/ opiekuna/ poszukującego pracy absolwenta** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

1. Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinien posiadać skierowany bezrobotny/ opiekun/ poszukujący pracy absolwent:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa stanowiska pracy** | **Kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe** |
| 1. |  | * poziom wykształcenia : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ * doświadczenie zawodowe: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ * uprawnienia: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ * umiejętności: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ * inne: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |
| 2. |  | * poziom wykształcenia : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ * doświadczenie zawodowe: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ * uprawnienia: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ * umiejętności: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ * inne: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |

1. 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 BHP i wymaganiami ergonomii oraz źródła ich finansowania.

**Uwaga!**

W przypadku wpisywania składnika majątkowego będącego zestawem proszę wymienić elementy składające się na ten zestaw, np. zestaw komputerowy – monitor, jednostka centralna, mysz, klawiatura, pamięć zewnętrzna.

**/Uwaga: Specyfikację sporządza się w kwotach brutto./\***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie zakupu dla stanowiska 1)**  **\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**  /nazwa stanowiska/ | **Nowe (N) / Używane (U)\*\*)** | **Źródła finansowania** | | | |
| **Refundacja**  **(w zł.-)** | **Środki własne (w zł.-)** | **Inne**  **(w zł.-)** | **Wartość ogółem (w zł.-)** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie zakupu dla stanowiska 2)**  **\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**  /nazwa stanowiska/ | **Nowe (N) / Używane (U) \*\*)** | **Źródła finansowania** | | | |
| **Refundacja (w zł.-)** | **Środki własne (w zł.-)** | **Inne (w zł.-)** | **Wartość ogółem (w zł.-)** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | |  |  |  |  |

**\*) Wnioskodawca będący podatnikiem podatku VAT będzie zobowiązany zwrócić równowartość odliczonego lub zwróconego, zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług, podatku naliczonego dotyczącego zakupionych towarów i usług w ramach przyznanej refundacji**

\*\*) W przypadku zakupu używanych narzędzi, maszyn, urządzeń, pojazdów, in. środków trwałych czy wyposażenia, do faktury lub rachunku należy dołączyć aktualny wydruk ze strony internetowej CEIDG lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego ze strony internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości podmiotu, w którym dokonano tego zakupu, z wyjątkiem sytuacji, w której zakup dokumentowany jest fakturą wystawioną przez sprzedawcę w zależności od zastosowanej procedury marży lub gdy zakup dokonany był za granicą. Zakupu rzeczy używanych można dokonywać wyłącznie w jednostkach wyspecjalizowanych, czyli jednostkach zajmujących się sprzedażą dóbr na zasadach określonych w umowie komisu lub firmach, które we wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub KRS-ie posiadają kod PKD świadczący, że mogą wykonywać taką sprzedaż.

1. Uzasadnienie zakupów z refundacji związanych z wyposażeniem lub doposażeniem stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego/ opiekuna/ poszukującego pracy absolwenta.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Sprzęt/Przedmiot**  **Stanowisko 1)** | **Uzasadnienie zakupu (do czego będzie służył dany sprzęt/przedmiot osobie zatrudnionej na wyposażonym lub doposażonym stanowisku pracy)** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **4.** |  |  |
| **5.** |  |  |
| **6.** |  |  |
| **7.** |  |  |
| **8.** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Sprzęt/Przedmiot**  **Stanowisko 2)** | **Uzasadnienie zakupu (do czego będzie służył dany sprzęt/przedmiot osobie zatrudnionej na wyposażonym lub doposażonym stanowisku pracy)** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **4.** |  |  |
| **5.** |  |  |
| **6.** |  |  |
| **7.** |  |  |
| **8.** |  |  |

1. Posiadane składniki majątkowe składające się na stanowisko pracy, którego koszt doposażenia będzie refundowany. **(Wypełnia wnioskodawca w przypadku zakreślenia na pierwszej stronie „kosztów doposażenia stanowiska pracy”)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa stanowiska pracy** | **Posiadany składnik majątkowy** | **Wartość szacunkowa** |
| 1. |  | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |
| 2. |  | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |

1. **Poniższe tabele należy wypełnić na podstawie szczegółowej specyfikacji wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy (część A, rozdział II pkt. 11 wniosku).**

**KOSZT CAŁKOWITY UTWORZENIA DODATKOWYCH MIEJSC PRACY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wydatki** | **Kwota brutto** | **Procentowy udział do całości przedsięwzięcia (w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku)** |
| 1. | Zakup maszyn i urządzeń |  |  |
| 2. | Adaptacja lokalu |  |  |
| 3. | Zakup surowców, materiałów, towarów |  |  |
| 4. | Inne |  |  |
|  | **Suma wydatków (1+2+3+4)** |  |  |

**ŹRÓDŁA FINANSOWANIA UTWORZENIA DODATKOWYCH MIEJSC PRACY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Źródła finansowania wydatków dodatkowych miejsc pracy** | **Kwota brutto** | **Procentowy udział do całości przedsięwzięcia (w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku)** |
| 1. | Środki własne |  |  |
| 2. | Refundacja /obejmuje kwotę brutto/ |  |  |
| 3. | Inne źródła finansowania |  |  |
|  | **Razem (1+2+3)** |  |  |

**16.**  **Proponowane zabezpieczenie zwrotu zrefundowanych środków\*):**

poręczenie

weksel z poręczeniem wekslowym (aval)

blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym

gwarancja bankowa

zastaw na prawach lub rzeczach

akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika

**\*** właściwe zaznaczyć

**Uwaga: Akceptacja formy zabezpieczenia należy do Starosty, który jednocześnie czuwa nad poprawnością jej ustanowienia. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, Starosta może wskazać inny, wynikający z w/w katalogu, sposób zabezpieczenia uwzględniający m.in. wysokość przyznanych środków czy też możliwość ich ewentualnego zwrotu.**

**CZĘŚĆ B**

**KWESTIONARIUSZ INFORMACYJNY**

1. **CHARAKTERYSTYKA PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI:**
2. **Przedmiot działalności –** branża, główne produkty i ich charakterystyka, kierunki rozwoju (krótko przedstawić charakterystykę firmy, jej historię, aktualną pozycję rynkową oraz czynniki mające wpływ na decyzje o zwiększeniu zatrudnienia):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. **Opis rynku,** na jakim działa firma i plany wejścia na nowe rynki:

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

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

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

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

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

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

**Dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |  | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |
| miejscowość i data |  | podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy |

**ADNOTACJA PRACOWNIKA MERYTORYCZNEGO:**

|  |
| --- |
| Wniosek został zweryfikowany i **□ jest zgodny / □ nie jest zgodny** z obowiązującymi przepisami prawnymi oraz regulacjami wewnętrznymi.  **□ Kwalifikuję/ □ nie kwalifikuję do dalszej realizacji.**  …………………………………………  /data i podpis pracownika  weryfikującego wniosek/  Uwagi: …………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………… |

**OPINIA DORADCY KLIENTA:**

|  |
| --- |
| W bazie danych Powiatowego Urzędu Pracy w Kolbuszowej **□ znajdują/ □ nie znajdują** się osoby spełniające kryteria Wnioskodawcy do skierowania na stanowisko pracy utworzone w ramach refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.  **□ Kwalifikuję/ □ nie kwalifikuję do dalszej realizacji.**  …………………………………………  /data i podpis pracownika  weryfikującego wniosek/  Uwagi: …………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………… |

**Załączniki do wniosku, które przedkłada podmiot, w tym podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne:**

1. Kserokopia umowy spółki (w przypadku prowadzenia działalności w formie spółki).
2. Dokument potwierdzający formę użytkowania lokalu, w którym zostaną utworzone miejsca pracy, w przypadku gdy miejsce tworzenia stanowiska pracy jest inne niż wynika to z dokumentów rejestrowych (np. umowa najmu, dzierżawy, akt własności, aktualny nakaz płatniczy lub decyzja w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości itp.).
3. Oświadczenie wnioskodawcy – Załącznik nr 1.
4. Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymaniu lub nieotrzymaniu *pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie –* Załącznik nr 2.
5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w oparciu o Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2024 r. poz. 40) – Załącznik nr 3.

**Załączniki do wniosku, które przedkłada przedszkole lub szkoła:**

1. Dokumenty potwierdzające podstawę i formę prawną Wnioskodawcy:
2. zaświadczenie o wpisie do ewidencji szkół i placówek niepublicznych (ważne przez okres 3 m-cy od daty wydania lub aktualizacji).
3. Kserokopia umowy spółki (w przypadku prowadzenia działalności w formie spółki).
4. Kserokopia statutu niepublicznej szkoły lub niepublicznego przedszkola.
5. Dokument potwierdzający formę użytkowania lokalu, w którym zostaną utworzone miejsca pracy, w przypadku gdy miejsce tworzenia stanowiska pracy jest inne niż wynika to z dokumentów rejestrowych (np. umowa najmu, dzierżawy, akt własności, aktualny nakaz płatniczy lub decyzja w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, itp.).
6. Oświadczenie wnioskodawcy – Załącznik nr 1.

**oraz w sytuacji, gdy przyznana przez Urząd refundacja stanowi dla niepublicznej szkoły lub niepublicznego przedszkola pomoc de minimis:**

1. Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymaniu lub nieotrzymaniu *pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie –* Załącznik nr 2.
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w oparciu o Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2024 r. poz. 40) – Załącznik nr 3.

**Załączniki do wniosku, które przedkłada producent rolny:**

1. Dokumenty potwierdzające posiadanie gospodarstwa rolnego w rozumieniu ustawy z dnia 15 listopada 1984 r. o podatku rolnym, np. decyzja (nakaz płatniczy) wydana przez Wójta/Burmistrza/Prezydenta Miasta w sprawie wymiaru podatku rolnego lub zaświadczenie Urzędu Miasta lub Gminy i inne.
2. Dokumenty potwierdzające prowadzenie działu specjalnego produkcji rolnej, o której mowa w ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych lub ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych, np. deklaracja do wymiaru zaliczek podatku dochodowego od dochodów z działu specjalnych produkcji rolnej – PIT-6, decyzja ustalająca wysokość zaliczek na podatek z działów specjalnych produkcji rolnej wydana przez urząd skarbowy i inne.
3. W przypadku Wnioskodawców prowadzących działalność gospodarczą kserokopia umowy spółki (w przypadku prowadzenia działalności w formie spółki).
4. Dokument potwierdzający formę użytkowania lokalu, w którym zostaną utworzone miejsca pracy, w przypadku gdy miejsce tworzenia stanowiska pracy jest inne niż wynika to z dokumentów rejestrowych (np. umowa najmu, dzierżawy, akt własności, aktualny nakaz płatniczy lub decyzja w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości itp.).
5. Dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej 1 pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie, np. raporty imienne ZUS RCA lub inne dokumenty.
6. Oświadczenie wnioskodawcy – Załącznik nr 1.
7. Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymaniu lub nieotrzymaniu *pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie -* Załącznik nr 2.
8. Formularz informacji przedstawianych przez Wnioskodawcę w oparciu o Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. z 2010r. Nr 121, poz. 810) – Załącznik nr 4.

**Załączniki do wniosku, które przedkłada żłobek lub klub dziecięcy:**

1. Dokumenty potwierdzające podstawę i formę prawną Wnioskodawcy:
2. zaświadczenie o wpisie do rejestru żłobków i klubów dziecięcych, o których mowa w art. 26 i 27 ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (ważne przez okres 3 m ‑cy od daty wydania lub aktualizacji).
3. Kserokopia umowy spółki (w przypadku prowadzenia działalności w formie spółki).
4. Dokument potwierdzający formę użytkowania lokalu, w którym zostaną utworzone miejsca pracy, w przypadku gdy miejsce tworzenia stanowiska pracy jest inne niż wynika to z dokumentów rejestrowych (np. umowa najmu, dzierżawy, akt własności, aktualny nakaz płatniczy lub decyzja w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, itp.).
5. Oświadczenie wnioskodawcy – Załącznik nr 1.
6. Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymaniu lub nieotrzymaniu *pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie –* Załącznik nr 2.
7. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w oparciu o Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2024 r. poz. 40) – Załącznik nr 3.

***Wszystkie kserokopie wymaganych załączników muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem przez Wnioskodawcę***

1. **opiekun** - poszukujący pracy niepozostający w zatrudnieniu lub niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekun osoby niepełnosprawnej, z wyłączeniem opiekunów osoby niepełnosprawnej pobierających świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, lub zasiłek dla opiekuna na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów, [↑](#footnote-ref-1)
2. **poszukujący pracy absolwent** – poszukująca pracy osoba, która w okresie ostatnich 48 miesięcy ukończyła szkołę lub uzyskała tytuł zawodowy, [↑](#footnote-ref-2)