

Nr akt .....  
Data wpływu .....  
(wypełnia PUP w Kościanie )

.....  
pieczęć firmowa wnioskodawcy

## WNIOSEK W SPRAWIE UDZIELENIA Z FUNDUSZU PRACY REFUNDACJI KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY

a) związanego bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć żłobkom lub klubom dziecięcym tworzonym i prowadzonym przez osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, o których mowa w przepisach o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, zwanych dalej „żłobkiem lub klubem dziecięcym”

b) związanego bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania, w tym usług mobilnych podmiotowi prowadzącemu działalność gospodarczą polegającą na świadczeniu usług rehabilitacyjnych, zwanemu dalej „podmiotem świadczącym usługi rehabilitacyjne”

- dla skierowanego bezrobotnego

- dla skierowanego opiekuna – osoby poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu lub niewykonującej innej pracy zarobkowej opiekuna 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

- dla skierowanego poszukującego pracy absolwenta – osoby, która w okresie ostatnich 48 miesięcy ukończyła szkołę lub uzyskała tytuł zawodowy

### I. INFORMACJE OGÓLNE:

1. Oznaczenie podmiotu – żłobek lub klub dziecięcy, podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne:

- Nazwa lub imię i nazwisko, w przypadku osoby fizycznej;

.....  
.....

- Adres siedziby albo adres miejsca zamieszkania;

.....  
.....

- Telefon.....fax.....

e-mail .....

- Numer ewidencyjny PESEL, w przypadku osoby fizycznej, jeżeli został nadany

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

- Numer REGON, jeżeli został nadany |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

- Numer identyfikacji podatkowej NIP |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

- Data rozpoczęcia prowadzenia działalności (dd/mm/rrrr) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską  
Klasyfikacją Działalności (PKD) .....

- Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności

.....

2. Numer konta bankowego lub rachunku bieżącego, nazwa banku

.....

3. Osoby uprawnione do reprezentowania wnioskodawcy zgodnie z dokumentami rejestrowymi  
(CEIDG, KRS) lub udzielonym pełnomocnictwem w sprawie niniejszego wniosku i jego  
realizacji

.....

.....

4. Czy wnioskodawca pozostaje we wspólnocie majątkowej ze swoim współmałżonkiem  
( dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą i wspólników spółki cywilnej)

TAK / NIE / NIE DOTYCZY\*

\* niepotrzebne skreślić

6. Opis prowadzonej działalności

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## II. DANE DOTYCZĄCE STANOWISK PRACY, KTÓRE MAJĄ ZOSTAĆ

### WYPOSAŻONE LUB DOPOSAŻONE ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU PRACY

1. Liczba wyposażanych lub doposażonych stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych lub skierowanych opiekunów lub poszukujących pracy absolwentów .....
2. Informacja o wymiarze czasu pracy zatrudnianych skierowanych bezrobotnych ..... opiekunów ..... lub skierowanych poszukujących pracy absolwentów .....
3. Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie poszczególnych stanowisk pracy i źródła ich finansowania:

stanowisko	Fundusz Pracy (kwota brutto)	Środki własne	Inne źródła finansowania
<b>Suma wydatków:</b>			

4. Wnioskowana kwota refundacji

.....

5. 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.

Lp.	Nazwa	Cena (kwota brutto)	Termin zakupu	Jakiego stanowiska opisanego w tabeli w części II.2 wniosku dotyczy zakup
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
	<b>RAZEM</b>			

Uzasadnienie planowanych zakupów:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Miejsce i rodzaj pracy z podziałem na stanowiska pracy oraz kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinien spełniać skierowany bezrobotny, skierowany opiekun lub skierowany poszukujący pracy absolwent.

<b>Lp.</b>	<b>Stanowisko</b>	<b>Miejsce utworzenia stanowiska pracy</b>	<b>Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana</b>	<b>Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy</b>
1.				
2.				
3.				

Uzasadnienie konieczności utworzenia stanowiska pracy objętego refundacją:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Kwota kosztów obejmujących wypłatę wynagrodzeń brutto oraz opłaconych od tych wynagrodzeń składek na ubezpieczenia społeczne.

Lp.	Stanowisko	Koszt zatrudnienia skierowanej osoby		
		Wynagrodzenie brutto	Wynagrodzenie brutto skierowanej osoby wraz ze składką na ubezpieczenie społeczne płacone przez pracodawcę	Koszt zatrudnienia pracownika - 24 miesiące
1.				
2.				
3.				

8. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w poszczególnych 12 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku. Jeżeli firma działa krócej niż 12 miesięcy należy podać zatrudnienie w poszczególnych miesiącach.

Lp.	Miesiąc, rok	Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

Liczba zatrudnionych pracowników na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wynosi: .....

Uzasadnienie zmian kadrowych

.....  
 .....  
 .....

9. Obecna liczba osób wykonujących zadania na podstawie umów innych niż umowa o pracę  
(umowa zlecenie, umowa o dzieło) .....

10. Jako formę zabezpieczenia zwrotu refundacji proponuję: poręczenie, weksel z poręczeniem  
wekslowym (aval), gwarancję bankową, zastaw na prawach lub rzeczach, blokadę środków  
zgromadzonych na rachunku bankowym, akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika\* .

.....  
/ miejscowość, data /

.....  
(podpis)

.....  
(pieczęć)

---

## OŚWIADCZENIA

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych / art. 233 k.k./ oświadczam, że:

1. Wnioskodawca nie rozwiązał stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez wnioskodawcę albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2. Wnioskodawca nie rozwiąże stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez wnioskodawcę albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3. Wnioskodawca nie obniżył wymiaru czasu pracy pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4. Wnioskodawca nie obniży wymiaru czasu pracy pracownika w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
5. Wnioskodawca nie zalega w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
6. Wnioskodawca nie zalega w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
7. Wnioskodawca nie posiada w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

<p>8. Wnioskodawca w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie był(em/am) karany(a) za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny t.j. (Dz. U. z 2024 r. poz. 17) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2023 r. poz. 659)</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>9. Wnioskodawca spełnia <u>wszystkie</u> warunki określone w rozporządzeniu 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 t.j. (Dz. U. z 2022r. poz. 243)</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>12. Wnioskodawca spełnia <u>wszystkie</u> warunki określone w Procedurze rozpatrywania wniosków o udzielenie z Funduszu Pracy o refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w PUP w Kościanie wprowadzonej Zarządzeniem nr 37/21 Starosty Kościańskiego z dnia 23 marca 2021 r. <u>dostępnej na stronie internetowej Urzędu</u> lub w siedzibie Urzędu</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>

Dane podane w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

**Ponadto oświadczam, że zdaję sobie sprawę, iż sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania refundacji ze środków Funduszu Pracy.**

.....  
(pieczęćka)

.....  
(podpis)

.....  
/ miejscowość, data /



**Załączniki:**

1. Kserokopia dokumentu potwierdzającego formę prawną prowadzonej działalności.
2. Oświadczenie o dysponowaniu tytułem prawnym do nieruchomości, budynku, lokalu lub pomieszczenia, w którym ma powstać wyposażone lub doposażone stanowisko pracy.
3. Podmiot ubiegający się o pomoc de minimis jest zobowiązany do przedstawienia podmiotowi udzielającemu pomocy, wraz z wnioskiem o udzielenie pomocy wszystkich zaświadczeń o pomocy de minimis, jakie otrzymał w roku, w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat, albo oświadczenia o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie, albo oświadczenia o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie.
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
5. Klauzula informacyjna składana przez wnioskodawcę stanowiąca załącznik nr 1 do wniosku.

**KLAUZULA INFORMACYJNA  
dla wnioskodawcy**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Powiatowy Urząd Pracy w Kościanie informuje, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Kościanie z siedzibą w Kościanie, ul. Ks Prymasa Stefana Wyszyńskiego 8, tel. 65 512-10-55 wew. 200;
- 2) może skontaktować się Pani/Pan z inspektorem ochrony danych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kościanie za pośrednictwem poczty elektronicznej - [iod@koscian.praca.gov.pl](mailto:iod@koscian.praca.gov.pl) lub pod numerem telefonu 65 512-10-55 wew. 253;
- 3) podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w celu realizacji zadań określonych w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz.475); dane będą przetwarzane w celu podjęcia działań zmierzających do zawarcia umowy, której zamierza Pani/Pan być stroną, a w przypadku zawarcia umowy jest niezbędne do wykonania tej umowy oraz dochodzenia wynikających z niej roszczeń;
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, w szczególności: Starostwo Powiatowe, sądy powszechne oraz podmioty przetwarzające, w szczególności: Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej, Sygnity S.A. (dostawca oprogramowania stosowanego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kościanie);
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z przepisów prawa, zgodnie z Rzeczym Wykazem Akt obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kościanie;
- 6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania i usunięcia, po upływie okresu przechowywania wynikającego z Rzeczego Wykazu Akt obowiązującego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kościanie;
- 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 8) podanie danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy; niepodanie danych osobowych będzie skutkowało odmową zawarcia umowy;
- 9) Pani/Pana dane nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

**Oświadczenie**

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres

Oświadczam, że podczas pozyskiwania moich danych osobowych Powiatowy Urząd Pracy w Kościanie udzielił mi wszystkich ww. informacji dotyczących przetwarzania moich danych osobowych.

data i podpis .....