

Indywidualna karta oceny formalnej wniosków o udzielenie z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy

Wnioskodawca będący przedsiębiorcą, w tym żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne, niepubliczne przedszkole lub niepubliczna inna forma wychowania przedszkolnego lub niepubliczna szkoła

Dane wnioskodawcy	
Numer sprawy	

Lp.	Kryteria oceny formalnej	tak/nie/nie dotyczy
1.	Wniosek sporządzony jest na właściwym formularzu, czytelnie i w języku polskim	
2.	Wniosek zawiera wszystkie strony	
3.	Wniosek jest podpisany przez wnioskodawcę	
Wnioskodawca oświadczył, iż na dzień złożenia wniosku spełnia warunki określone w ustawie o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025r. poz. 620)		
		Oświadczenie wnioskodawcy
		Weryfikacja na podstawie posiadanych danych i dostępnych rejestrów publicznych
4.	Wnioskodawca, osoby reprezentujące wnioskodawcę i osoby zarządzające wnioskodawcą w okresie ostatnich 2 lat nie był / był* prawomocnie skazany za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego.	
5.	Przez ostatnie 6 miesięcy wnioskodawca wykonywał/ nie wykonywał* działalność gospodarczą, - dotyczy przedsiębiorcy, w tym żłobka lub klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne.	
6.	Przez ostatnie 6 miesięcy wnioskodawca wykonywał / nie wykonywał* działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe - dotyczy niepublicznego przedszkola lub niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego lub niepublicznej szkoły.	

7.	W okresie ostatnich 6 miesięcy wnioskodawca nie zmniejszył / zmniejszył* wymiar czasu pracy i stan zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – uzupełnił / nie uzupełnił / nie dotyczy* wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia.		
8.	Wnioskodawca nie dopełnił / dopełnił* obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne, na ubezpieczenie zdrowotne, na Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy oraz na Fundusz Emerytur Pomostowych.		
9.	Wnioskodawca nie zgłosił / zgłosił* do ubezpieczeń społecznych pracowników lub inne osoby podlegające obowiązkowi zgłoszenia do ubezpieczeń.		
10.	Wnioskodawca nie zalega / zalega* z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.		
11.	Wnioskodawca nie zalega / zalega* z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.		
12.	Wnioskodawca nie zalega / zalega* z opłacaniem innych danin publicznych.		
13.	Wnioskodawca nie posiada / posiada* zaległości podatkowych		
14.	Wnioskodawca nie posiada / posiada* nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.		
15.	Wnioskodawca spełnia/ nie spełnia* wszystkie warunki określone w Procedurze rozpatrywania wniosków o udzielenie z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w PUP w Kościanie wprowadzonej Zarządzeniem nr 53/25 Starosty Kościańskiego z dnia 16 czerwca 2025r. dostępnej na stronie internetowej Urzędu lub w siedzibie Urzędu.		

Weryfikacja danych ujętych we wniosku przez wnioskodawcę na podstawie posiadanych danych i dostępnych rejestrów publicznych:		
16.	System Syriusz usługa ZUS – liczba osób zgłoszonych do ubezpieczonych pracowników.	
17.	Ministerstwo Finansów / www.podatki.gov.pl/wykaz-podatnikow-vat-wyszukiwarka - prawo do obniżenia podatku od towarów i usług należnego o kwotę podatku naliczonego (status podatnika podatku VAT).	

WNIOSEK:

Spełnia wymogi formalne*

Nie spełnia wymogów formalnych*

*właściwe podkreślić

.....

Data i podpis osoby sprawdzającej