

....., dnia
(miejscowość)

.....
(nazwa przedsiębiorcy/przedszkola/szkoły
/innej formy wychowania przedszkolnego)

STAROSTA KOSZALIŃSKI
za pośrednictwem
Powiatowego Urzędu Pracy
w Koszalinie

W N I O S E K

**o refundację ze środków Funduszu Pracy przedsiębiorcy/niepublicznej szkole/niepublicznemu
przedszkolu/ niepublicznej innej formie wychowania przedszkolnego* kosztów wyposażenia lub
doposażenia stanowisk/a pracy dla skierowanego bezrobotnego / opiekuna¹⁾**

(liczba stanowisk)

na zasadach określonych w art. 154 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia z dnia 20 marca 2025 r. (Dz. U. z 2025 r. poz. 620)

I. INFORMACJA O WNIOSKODAWCY

1. Nazwa/imię i nazwisko (w przypadku osoby fizycznej)* Wnioskodawcy
2. Adres siedziby
3. Miejsce/miejsca wykonywania działalności
4. Adres do doręczeń
5. Adres do doręczeń elektronicznych (jeśli posiada).....
6. Telefon.....e-mail.....
7. Forma prawna działalności
8. Data rozpoczęcia działalnościNIP.....REGON.....
8. Numer PESEL(w przypadku jego braku – rodzaj, serię i nr dokumentu tożsamości)²⁾.....
9. Opis prowadzonej działalności.....
- PKD (związana z tworzonym stanowiskiem pracy).....
10. Forma opodatkowania podatkiem dochodowym (należy zaznaczyć x)

Forma opodatkowania podatkiem dochodowym	Karta podatkowa	Księga przychodów i rozchodów		Podatek liniowy	Pełna księgowość	Ryczałt od przychodów ewidencjonowanych
		12%	32%	19%	%

11. Jestem / nie jestem płatnikiem podatku VAT*.
12. Liczba osób zatrudnionych na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy (oprócz właściciela):
13. Osoba odpowiedzialna za kontakt ze strony Wnioskodawcy:
.....tel.
14. Dane osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy, do podpisania umowy o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk/a pracy i składania oświadczeń (imię i nazwisko, PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj, serię i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)
.....
15. Wnioskowana kwota refundacji.....

Słownie zł

1)poszukujący pracy niezatrudniony i niewykonujący innej pracy zarobkowej opiekun osoby niepełnosprawnej,

2) dot. osoby fizycznej,

*niepotrzebne skreślić

II. INFORMACJA DOTYCZĄCA TWORZONYCH STANOWISK PRACY:

(w przypadku ubiegania się o więcej niż o 1 stanowisko pracy należy wypełnić odrębną informację dla każdego stanowiska)

.....
(NAZWA STANOWISKA NEUTRALNA PŁCIOWO)

1. Rodzaj pracy wykonywanej przez skierowanych bezrobotnych/opiekunów na utworzonych stanowiskach pracy oraz wymagania stawiane kandydatom:

Nazwa Stanowiska <i>(neutralna płciowo)</i>	Nazwa i kod zawodu <i>(zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy)</i>	Wymagane wykształcenie, kwalifikacje, umiejętności, doświadczenie zawodowe i uprawnienia	Charakterystyka i rodzaj wykonywanej pracy, opis zadań do wykonywania na stanowisku

Urząd nie ma możliwości skierowania na tworzone stanowisko osób nie posiadających kwalifikacji lub doświadczenia w pracy na tym stanowisku.

UWAGA! Powiatowy Urząd Pracy nie może przyjąć oferty pracy, jeżeli Pracodawca zawarł w ofercie pracy wymagania, które naruszają zasadę równego traktowania w zatrudnieniu w rozumieniu przepisów prawa pracy i mogą dyskryminować kandydatów do pracy, w szczególności ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, światopogląd, przynależność związkową lub do organizacji pracodawców, pochodzenie etniczne, wyznanie lub orientację seksualną.

2. Proponowane wynagrodzenie brutto:

3. Wymiar czasu pracy (co najmniej połowa wymiaru czasu pracy gdy dotyczy opiekuna, w przypadku osoby bezrobotnej wpisać pełen etat)

4. Adres miejsca wykonywania pracy na utworzonym w ramach refundacji stanowisku:

.....

5. Godziny pracy na tworzonym stanowisku pracy.....

Praca w godzinach : I zmiana od godz..... do godz.....

II zmiana od godz..... do godz.....

III zmiana od godz..... do godz.....

6. System wynagradzania: miesięczny, godzinowy, premiowy, akordowy, prowizyjny, inny*

7. Rodzaj umowy o pracę:

na czas nieokreślony,

na czas określony (co najmniej 12 miesięcy).

IV. PROPONOWANE FORMY ZABEZPIECZENIA ZWROTU OTRZYMANEJ REFUNDACJI

(właściwie zakreślić)

1. Poręczenie osoby fizycznej:

- w przypadku ubiegania się o refundację w kwocie do 30 000 zł poręczenie musi być dokonane przez co najmniej 2 osób i zostanie uznane wtedy, gdy udokumentują one miesięczny dochód netto wynoszący minimum 20% kwoty wnioskowanej;
- w przypadku ubiegania się o refundację powyżej kwoty 40 000 zł poręczenie musi być dokonane przez co najmniej 3 osoby.

KAŻDY Z PORĘCZYCIELI MUSI UDOKUMENTOWAĆ MIESIĘCZNY DOCHÓD NETTO NIE MNIEJSZY NIŻ 4 000 ZŁ.

PRZY AKCEPTACJI ZŁOŻONEGO PORĘCZENIA URZĄD DOKONUJE OCENY SYTUACJI MAJĄTKOWEJ PORĘCZYCIELI W TYM M.IN. WYSOKOŚCI DOCHODÓW ORAZ AKTUALNYCH ZOBOWIĄZAŃ FINANSOWYCH.

2. Gwarancja bankowa

3. Akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika w trybie art. 777 § 1 pkt 5 Kodeksu postępowania cywilnego

- w przypadku zabezpieczenia w formie aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji konieczne jest ustanowienie dodatkowego zabezpieczenia w formie poręczenia osoby fizycznej, która udokumentuje dochód netto nie mniejszy niż 4 000 zł.

4. Zastaw rejestrowy na prawach lub rzeczach

5. Blokada środków zgromadzonych na rachunku płatniczym

.....
(numer rachunku, na którym ma zostać ustanowiona blokada)

.....
(nazwa oraz adres oddziału banku)

Urząd zastrzega sobie prawo wyboru formy zaproponowanego zabezpieczenia. Wnioskodawca ponosi koszty zabezpieczenia.

V. OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE

Oświadczam, że:

1. dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
2. spełniam warunki do ubiegania się o pomoc określone w ustawie o rynku pracy i służbach zatrudnienia – treść dostępna na stronie: <http://koszalin.praca.gov.pl/dla-pracodawcow-i-przedsiębiorców/refundacja-kosztów-wyposażenia-lub-doposażenia-stanowiska-pracy>;
3. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku **byłem/am / nie byłem/am*** prawomocnie ukarany/a za wykroczenie lub prawomocnie skazany za przestępstwo przeciwko przepisom prawa pracy ani nie jestem objęty/a postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
4. w dniu złożenia wniosku **nie zalegam** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem w terminie 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, także z opłacaniem innych danin publicznych;
5. w dniu złożenia wniosku **nie posiadam** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
6. w dniu złożenia wniosku **nie zalegam** z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne;
7. przez ostatnie 6 miesięcy wykonywałem/ am:
 - a) działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo Przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r. poz. 236 t.j.);
 - b) działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2024 r. poz. 737 t.j.)*;
8. w okresie ostatnich 6 miesięcy **nie zmniejszyłem** wymiaru czasu pracy i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – uzupełniłem wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia;

9. przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że Urząd będzie realizował ofertę pracy na bazie osób bezrobotnych figurujących w ewidencji PUP Koszalin zgodnie z wymaganiami określonymi we wniosku, a w przypadku realizacji refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w ramach programów/projektów rynku pracy mogą zaistnieć dodatkowe wymogi w stosunku do kierowanych osób bezrobotnych,
10. **otrzymałem / nie otrzymałem*** innych środków publicznych na finansowanie wnioskowanych wydatków.
11. spełniam wszystkie przesłanki do udzielenia pomocy de minimis w rozumieniu przepisów rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023), a w szczególności:
- a) kwota udzielonej pomocy de minimis, którą jedno przedsiębiorstwo może otrzymać przez okres trzech minionych lat nie przekroczy pułapu pomocy de minimis,
- b) w okresie trzech minionych lat:
- **Nie otrzymałem/am środków* / Otrzymałem/am środki*** stanowiących pomoc de minimis w wysokości.....zł, co stanowi równowartośćeuro.
 - **Nie otrzymałem/am środków* / Otrzymałem/am środki*** stanowiących pomoc de minimis w sektorze rolnym w wysokości.....zł, co stanowi równowartośćeuro.
 - **Nie otrzymałem/am środków* / Otrzymałem/am środki*** stanowiących pomoc de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury w wysokości.....zł, co stanowi równowartośćeuro.

Na stronie Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów jest dostępna baza SUDOP sudop.uokik.gov.pl, która zawiera informacje odnośnie wielkości pomocy de minimis jaką otrzymał w wymaganym okresie beneficjent pomocy publicznej.

12. **znajduję się / nie znajduję się*** na liście osób i podmiotów zamieszczonych na stronie internetowej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji objętych sankcjami na podstawie *Ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspierania agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego* (<https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>), **jestem / nie jestem*** powiązany osobowo lub kapitałowo z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są ww. środki sankcyjne, i które figurują na ww. liście.

13. Zapoznałem/łam/ się z treścią informacji dotyczącej udzielania podmiotom prowadzącym działalność gospodarczą/niepublicznej szkole/niepublicznemu przedszkolu/niepublicznej innej formie wychowania przedszkolnego refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego/opiekuna z Funduszu Pracy dostępną na stronie www.koszalin.praca.gov.pl oraz w siedzibie Urzędu.

14. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

*niewłaściwe skreślić

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu do celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy oraz na podawanie do wiadomości publicznej przez Powiatowy Urząd Pracy w Koszalinie danych dotyczących wnioskodawcy zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do jego rozpatrzenia i realizacji wymogów art.80 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz.620 z późn. zm.); przysługuje mi prawo do wglądu i poprawiania moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem 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.

Informujemy, że zgodnie z art. 80 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia PUP publikuje na stronie internetowej urzędu wykaz pracodawców, przedsiębiorców i innych podmiotów, z którymi w okresie ostatnich 2 lat zawarto umowy w ramach form pomocy.

UWAGI:

- Starosta w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku, informuje pisemnie podmiot/przedszkole lub szkołę o sposobie jego rozpatrzenia.
- PUP weryfikuje w systemach teleinformatycznych prawdziwość złożonych przez Wnioskodawcę oświadczeń. Podanie nieprawdziwych informacji może skutkować negatywnym rozpatrzeniem wniosku i odpowiedzialnością karną.
- Sam fakt złożenia wniosku **nie gwarantuje jego pozytywnego rozpatrzenia.**
- Złożenie wniosku jest jednoznaczne z **wyrażeniem zgody na przeprowadzenie wizji lokalnej** w miejscu, w którym planowane jest utworzenie stanowiska pracy w ramach refundacji.
- W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku dane w nim zawarte będą stanowiły podstawę zawarcia i realizacji umowy, a **niniejszy wniosek będzie stanowił integralną część umowy.**
- Wnioskodawca przyjmuje do wiadomości, że w ramach refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, Urząd będzie kierował bezrobotnych/opiekunów zgodnie z wymaganiami określonymi w złożonym wniosku.
- Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.

....., dnia.....

miejscość

.....

(pieczętka i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy)

Załączniki:

1. załącznik nr 1 do wniosku – Oświadczenie wnioskodawcy, osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy lub nim zarządzającej,
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

WYPEŁNIA PUP

1. Wniosek spełnia/nie spełnia wymogi/gów formalne/nych.
2. Podmiot spełnia/ nie spełnia warunki/ków do udzielenia pomocy de minimis.
3. Dokonano weryfikacji oświadczeń i danych z wniosku w:
 - CEIDG / KRS
 - SUDOP
 - ZUS
 - PIP / KAS
 - Lista sankcyjna
4. Można/nie można udzielić pomocy.

.....
Podpis pracownika PUP