



Powiatowy Urząd Pracy w Policach
ul. Tadeusza Kościuszki 5
72-010 Police
tel. centrali 91 42 40 860, fax 91 31 76 681
www.pup.policki.pl
e-mail: szpo@praca.gov.pl

Znak:

.....
(pieczęć wnioskodawcy)

.....
(miejscowość, data)

POWIATOWY URZĄD PRACY
UL. TADEUSZA KOŚCIUSZKI 5
72 - 010 POLICE

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ
Z PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
KOSZTÓW WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY DLA SKIEROWANEJ
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Podstawa prawna:

- 1) art. 26e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.);
- 2) rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (Dz. U. z 2011r. Nr 62, poz. 317 z późn. zm.);
- 3) ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007r. Nr 59, poz. 404 z późn. zm.);
- 4) rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str.1);
- 5) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2010r. Nr 53, poz. 311 z późn. zm.).

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

1. **Nazwa**
2. **Adres**
3. **Nr telefonu stacjonarnego**
4. **Fax**
.....
5. **REGON**
6. **NIP**
.....
7. **Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej (PKD 2007)**
.....
8. **Forma prawna**
☐ przedsiębiorstwo państwowe
☐ spółdzielnia
☐ spółka akcyjna ☐ spółka z o.o. ☐ spółka cywilna
☐ działalność indywidualna
☐ inna (proszę podać jaką).....

9. Forma opodatkowania

- ☐ pełna księgowość
☐ księga przychodów i rozchodów
- ☐ ryczałt
☐ karta podatkowa

10. Rodzaj prowadzonej działalności

.....

11. Data rozpoczęcia działalności

.....

12. Nr rachunku bankowego

.....

13. Stan zatrudnienia

Liczba pracowników zatrudnionych w poszczególnych 12 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, a w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej przez okres krótszy niż 12 miesięcy, w poszczególnych miesiącach prowadzenia tej działalności:

Forma zatrudnienia	W dniu złożenia wniosku	12 m-cy poprzedzających złożenie wniosku (w przeliczeniu na pełne etaty) /należy podać miesiąc i rok/												Średnioroczny stan zatrudnienia
Umowy o pracę (ogółem)														
W tym : pracownicy niepełnosprawni														

14. Opis działalności firmy

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II. DANE DOTYCZĄCE WSPÓŁPRACY Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY W POLICACH

Czy w okresie ostatnich dwóch lat wnioskodawca korzystał ze środków:

Funduszu Pracy (FP) ☐ tak ☐ nie

Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych(PFRON) ☐ tak ☐ nie,

Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) ☐ tak ☐ nie

(szczegóły należy podać w tabeli)

Forma wsparcia	Numer umowy	Liczba osób wykonujących zadania lub pracujących w ramach zawartych umów	Liczba osób zatrudnionych po zakończeniu umów		
			Ogółem	W tym na:	
				czas nieokreślony	czas określony
Staż zawodowy					
Prace interwencyjne					
Roboty publiczne					
Refundacja kosztów doposażenia lub wyposażenia stanowiska pracy					
Inne					

III. DANE DOTYCZĄCE TWORZONYCH MIEJSC PRACY, NA KTÓRYCH ZOSTANĄ ZATRUDNIONE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE:

1. Liczba tworzonych stanowisk pracy:

2. Łączna kwota wnioskowanej refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy:

___ ___, ___ PLN

(kwota słownie)

3. Nazwa stanowiska i rodzaj pracy (należy opisać główne zadania na stanowisku pracy, jakie będzie wykonywał skierowany niepełnosprawny)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Wymagane kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinien spełniać skierowany niepełnosprawny

Lp.	Nazwa stanowiska, rodzaj prac	Liczba miejsc pracy	Zawód, poziom wykształcenia, niezbędne kwalifikacje zawodowe	Proponowane wynagrodzenie (PLN brutto)

5. Opis efektu ekonomicznego w postaci przyrostu produkcji lub zysku

(należy wskazać w jakim stopniu tworzone stanowisko pracy przyczynia się do rozwoju firmy)

.....

.....

.....

.....

6. Opis planowanej inwestycji

(opis planowanych zakupów sprzętu/wyposażenia wraz ze szczegółowym uzasadnieniem, celem oraz planem inwestycji – zgodnie z Załącznikiem nr 2)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Kalkulacja wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy oraz źródła ich finansowania (w PLN brutto)

Lp.	Nazwa nowego stanowiska pracy	Koszt utworzenia stanowiska pracy	Źródła finansowania		
			Środki z PFRON	Środki własne	Inne (podać jakie)
RAZEM					

8. Miejsce wykonywania pracy (dokładny adres)

.....

9. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji:

- ☐ weksel z poręczeniem wekslowym (aval)
- ☐ poręczenie
- ☐ blokada rachunków bankowych
- ☐ gwarancja bankowa

- ☐ zastaw na prawach lub rzeczach
- ☐ akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika

10 . Informacje dodatkowe wnioskodawcy:

.....

.....

.....

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych wynikającego z art. 233 § 1 Kodeksu karnego¹.

.....
Podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania

.....
Podpis i pieczęć Głównego Księgowego lub osoby odpowiedzialnej za prowadzenie dokumentacji finansowej

Załączniki do wniosku:

1. Oświadczenie wnioskodawcy
2. Szczegółowa specyfikacja i harmonogram wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środki niezbędne do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz z wymaganiami ergonomii.
3. Zgłoszenie wolnego miejsca zatrudnienia (oferta pracy);
4. Wniosek Wn-W
5. Zaświadczenia o otrzymanej pomocy *de minimis* lub Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis* (Dz. U. z 2010r. Nr 53, poz. 311 z późn. zm.);
6. Kserokopia dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia firmy (dot. spółki cywilnej)
7. Dokument określający tytuł prawny do nieruchomości / lokalu, w którym mają zostać utworzone nowe miejsca pracy.
8. Kserokopia pełnomocnictwa lub upoważnienie osoby lub osób uprawnionych do podpisania umowy, potwierdzona przez mocodawcę. Jeżeli pełnomocnictwo lub upoważnienie jest opatrzone datą wcześniejszą niż 6 miesięcy przed złożeniem wniosku, wymagane jest dodatkowo oświadczenie pełnomocnika o następującej treści: „oświadczam, iż pełnomocnictwo nie zostało odwołane, ani w żaden sposób zmienione.”

UWAGA:

Wniosek należy złożyć w Kancelarii Powiatowego Urzędu Pracy w Policach ul. Tadeusza Kościuszki 5.

Wniosek wypełniony nieczytelnie lub niepoprawnie, podpisany przez nieupoważnioną osobę, nie zawierający pełnych informacji oraz bez kompletu załączników nie będzie rozpatrywany.

W terminie 30 dni od daty złożenia kompletnego wniosku Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Policach podejmie decyzję o jego rozpatrzeniu. W przypadku decyzji pozytywnej zostanie zawarta umowa określająca szczegółowe warunki organizacji refundowanego stanowiska pracy.

¹ Art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

**Załącznik nr 1 do wniosku
o refundację kosztów wyposażenia
stanowiska pracy dla skierowanej
osoby niepełnosprawnej**

.....
(Nazwa wnioskodawcy)

.....
(miejscowość, data)

Oświadczenie Wnioskodawcy

Oświadczam, iż:

- w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji, nie zmniejszałem wymiaru czasu pracy pracownika/pracowników i nie rozwiązałem stosunku pracy z pracownikiem/pracownikami w drodze wypowiedzenia umowy o pracę lub na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracownika;
- w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej²;
- w dniu złożenia wniosku nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
- w dniu złożenia wniosku nie zalegam z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
- w dniu złożenia wniosku nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
- w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem/łam karany/na za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) lub z ustawy z dnia 28.10.2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2012r., poz. 768 z późn. zm.);
- w ostatnich 365 dniach nie zostałem/łam skazany/a prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych oraz nie jestem objęty/a postępowaniem dotyczącym prawa pracy (zgodnie z art. 36 ust. 5f ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy - Dz. U. z 2013r., poz. 674 z późn. zm.);
- zapoznałem/łam się z treścią Regulaminu Powiatowego Urzędu Pracy w Policach dotyczącego refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla skierowanego niepełnosprawnego;
- ☐ **upoważniam** ☐ **nie upoważniam**³ Powiatowy Urząd Pracy w Policach do wystąpienia do Krajowego Rejestru Długów Biura Informacji Gospodarczej SA o ujawnienie informacji gospodarczych.

Oświadczam, iż dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych wynikającego z art. 233 § 1 Kodeksu karnego⁴.

.....
Podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania

² Do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie zalicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej.

³ Należy zakreślić właściwe pole.

⁴ Art. 233 § 1 Kodeksu karnego: Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

**Załącznik nr 2 do wniosku o refundację kosztów
wypożyczenia stanowiska pracy
dla skierowanej osoby niepełnosprawnej**

Szczegółowa specyfikacja i harmonogram wydatków dotyczących wyposażenia stanowiska pracy, w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środki niezbędne do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz z wymaganiami ergonomii

Lp.	Nazwa stanowiska	Wyszczególnienie sprzętu/ wyposażenia	Opis sprzętu/wyposażenia wraz z uzasadnieniem	Przewidywany termin zakupu	Nazwa i adres dostawcy	Źródła finansowania przedsięwzięcia			Razem
						Środki własne	Inne źródła (kredyty, pożyczki itp.)	Wnioskowana kwota netto z PFRON	
1.									
Razem									

.....
(data sporządzenia)

.....
(pieczęć i podpis pracodawcy)

Zgłoszenie wolnego miejsca zatrudnienia

I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY						
1. Nazwa Wnioskodawcy						
2. Imię i nazwisko pracodawcy lub osoby wskazanej do kontaktu z Urzędem						
3. Dane teleadresowe pracodawcy ulica i nr domu/lokalu miejscowość kod pocztowy <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px;">-</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table> gmina województwo fax e-mail strona internetowa			-			
		-				

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGŁASZANEGO MIEJSCA PRACY						
4. Nazwa zawodu						
5. Kod zawodu <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>						
6. Nazwa stanowiska						
7. Liczba wolnych miejsc pracy <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table> w tym dla osób niepełnosprawnych <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>						
8. Miejsce wykonywania pracy						
9. Wymiar czasu pracy: ☐ cały etat, ☐ inny						
10. Dodatkowe informacje o stanowisku (czy pracodawca zapewnia zakwaterowanie, wyżywienie itd.)						
11. Rodzaj umowy: ☐ na czas nieokreślony, ☐ na czas określony od..... do..... ☐ na okres próbny, ☐ o pracę w zastępstwie, ☐ zlecenie, ☐ dzieło,						

☐ inne.....

12. System i rozkład czasu pracy:

- ☐ jednozmianowa,
☐ dwie zmiany,
☐ trzy zmiany,
☐ ruch ciągły,
☐ inne

Godziny pracy

13. Wysokość wynagrodzenia brutto

14. System wynagradzania:

- ☐ czasowy ze stawką godzinną,
☐ czasowy ze stawką miesięczną,
☐ akordowy,
☐ prowizyjny,
☐ inny

15. Data rozpoczęcia zatrudnienia

.....

16. Ogólny zakres obowiązków

.....

17. Wymagania pracodawcy wobec kandydatów:

poziom
wykształcenia

kwalifikacje i
umiejętności

uprawnienia

doświadczenie
zawodowe

znajomość
języków obcych
(poziom
znajomości)
inne

.....
(data sporządzenia)

.....
(pieczęć i podpis wnioskodawcy)