

.....
(pełna nazwa i adres podmiotu)

Białogard dnia

.....

.....
(telefon)

.....
(nazwa banku, konto bankowe)

.....

.....
(data wpływu wniosku do PUP)

.....
(pozycja rejestru zgłoszeń)

STAROSTA BIAŁOGARDZKI

**POWIATOWY URZĄD PRACY
W BIAŁOGARDZIE**

W N I O S E K

**o refundację z Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia
stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, skierowanego poszukującego pracy
lub skierowanego opiekuna osoby niepełnosprawnej**

1.
(nazwa i adres podmiotu)

.....

w imieniu którego działa
(imię i nazwisko, stanowisko)

NIP REGON PKD

PESEL

oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności gospodarczej

.....

data rozpoczęcia działalności gospodarczej

w n o s i

o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy na zorganizowanie

..... miejsc pracy dla osób skierowanych w kwocie

słownie:

2. Na stanowisku pracy będzie wykonywana praca w zakresie:

.....
(nazwa stanowiska , rodzaj pracy, miejsce wykonywania pracy)
.....
.....
.....
.....

Wymagane kwalifikacje i inne wymagania w stosunku do bezrobotnych lub opiekunów, którzy będą skierowani na zorganizowane miejsca pracy :

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

Wymiar czasu pracy zatrudnianych skierowanych opiekunów

3. Kalkulacja wydatków doposażenia/wyposażenia poszczególnych stanowisk pracy w ramach:

a. wnioskowanej refundacji :

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

b. środków własnych :

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

c. innych źródeł finansowania :

.....
.....

4. Szczegółowa specyfikacja wydatków w ramach wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy , w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii .

Specyfikacja obejmuje wydatki , które zostaną poniesione wyłącznie w okresie od dnia zawarcia umowy, do dnia zatrudnienia skierowanej osoby z podziałem na rzeczy nowe i używane. Przy zakupie wyposażenia używanego należy dołączyć aktualną ofertę cenową

..... (wyszczególnienie)	 (rzecz nowa/kwota brutto)	 (rzecz używana/kwota brutto)
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

5. Liczba zatrudnionych pracowników w okresie ostatnich 6 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku :

- | | |
|--|---------|
| 1.
(podać miesiąc, ilość osób) | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

We wskazanym okresie rozwiązałem / nie rozwiązałem stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie albo na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracowników oraz obniżyłem / nie obniżyłem wymiaru czasu pracy pracownika *

* w przypadku obniżenia wymiaru czasu pracy pracownika na podstawie art. 15 g ust. 8 lub art. 15 g b ust. 1 pkt. 1 ustawy COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15 z ustawy COVID-19 należy złożyć dodatkowe oświadczenie

6. Forma zabezpieczenia zwrotu refundacji .

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Niniejszym oświadczam, że otrzymałem/łam/ informator oraz zostałem/am/ szczegółowo poinformowany/na/ o zasadach i przepisach dotyczących udzielania i rozliczania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, skierowanego poszukującego pracy lub skierowanego opiekuna osoby niepełnosprawnej .
Złożenie wniosku nie gwarantuje otrzymania refundacji poniesionych kosztów na stanowisko pracy.**

.....
(data)

.....
(czytelny podpis podmiotu)

Z a ł ą c z n i k i :

1. Dokumenty potwierdzające o nie zaleganiu z opłatą składek ZUS
2. Dokumenty potwierdzające o nie zaleganiu z opłacaniem podatków
3. Oświadczenie podmiotu
4. Oświadczenie podmiotu o pomocy de minimis (wraz z ewentualnymi zaświadczeniami o otrzymanej pomocy de minimis)
5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis
6. Upoważnienie BIG InfoMonitor S.A.
7. Zgłoszenie oferty pracy
8. Ankieta