

.....  
/pieczęć wnioskodawcy/

....., dnia .....  
(miejscowość)

**Dyrektor  
Powiatowego Urzędu Pracy  
w Krotoszynie**

**Wniosek o udzielenie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy  
dla skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy niezatrudnionego  
i niewykonyjącego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej  
przez Powiatowy Urząd Pracy w Krotoszynie**

Podstawa prawna: art. 154 ustawy z dnia 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620) zwana „ustawą”

**Uwagi w zakresie wypełniania wniosku:**

1. *Wnioski należy wypełnić w sposób czytelny, wpisując treść w każdym punkcie.*
2. *Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku.*
3. *Wszystkie poprawki należy dokonywać przez skreślenie, zaparafowanie i podanie daty zmiany.*
4. *Wniosek wypełniony niekompletnie, bez wymaganych załączników oraz podpisany przez osobę nieupoważnioną nie będzie rozpatrzony do czasu uzupełnienia braków w terminie wskazanym przez Urząd.*
5. *Załączniki do wniosku stanowią jego integralną część.*
6. *Złożony wniosek nie podlega zwrotowi.*

**I. DANE WNIOSKODAWCY**

1. Pełna nazwa wnioskodawcy / Imię i Nazwisko (dotyczy osoby Fizycznej): .....  
.....  
.....
2. Adres siedziby / Adres zamieszkania (dotyczy osoby Fizycznej) .....  
.....  
.....
3. Adres do korespondencji: .....  
.....  
.....
4. Adres tworzonego nowego miejsca pracy: .....  
.....  
.....
5. Telefon/fax: ..... e-mail: .....
6. Data rozpoczęcia i rodzaj prowadzonej działalności: .....  
.....  
.....
7. Numer REGON : ..... Numer KRS: .....
8. Numer identyfikacji podatkowej NIP: ..... PKD: .....  
PESEL: (dotyczy osoby Fizycznej) .....

☐ spółka /rodzaj/ .....  
☐ osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą  
☐ stowarzyszenie  
☐ fundacja  
☐ inna /podać jaką/ .....

Jeśli TAK, to rozliczenie podatku VAT następuje w okresie: **MIESIĘCZNYM / KWARTALNYM\***

- 0 Przedsiębiorca
- 0 Producent rolny<sup>1</sup>
- 0 Niepubliczne przedszkole lub niepubliczna inna forma wychowania przedszkolnego, o których mowa w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe
- 0 Niepubliczna szkoła
- 0 Żłobek lub Klub dziecięcy
- 0 Podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne (przedsiębiorca lub przedsiębiorstwo społeczne)

o /nazwa banku/: .....

o /numer rachunku bankowego/:

[illegible]

| Lp. | Miesiąc / Rok | Liczba pracowników zatrudnionych na podstawie: |                      |                       |
|-----|---------------|------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|
|     |               | umowy o pracę                                  | umów cywilnoprawnych | pracownicy młodociani |
| 1.  |               |                                                |                      |                       |
| 2.  |               |                                                |                      |                       |
| 3.  |               |                                                |                      |                       |
| 4.  |               |                                                |                      |                       |
| 5.  |               |                                                |                      |                       |
| 6.  |               |                                                |                      |                       |

17. Powód zmniejszenia wymiaru czasu pracy:.....

2/8

18. Liczba zatrudnionych pracowników w dniu złożenia wniosku:

| Data złożenia wniosku | Liczba pracowników zatrudnionych na podstawie: |                                          |                     |                         |
|-----------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------|-------------------------|
|                       | w tym                                          |                                          |                     |                         |
|                       | umowy o pracę                                  | umowy o pracę z pracownikiem młodocianym | stosunku służbowego | umowy o pracę nakładczą |
|                       |                                                |                                          |                     |                         |

## II. DANE DOTYCZĄCE WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA TWORZONEGO STANOWISKA PRACY

1. Liczba wnioskowanych stanowisk pracy, kwalifikacje oraz inne niezbędne wymagania do wykonywania pracy jakie powinny spełnić osoby skierowane:

| Wyszczególnienie                      | Stanowisko I                                                                                                                                                                                                                                                  | Stanowisko II                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Planowana liczba osób do zatrudnienia | .....                                                                                                                                                                                                                                                         | .....                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Nazwa stanowiska                      | .....                                                                                                                                                                                                                                                         | .....                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Ogólny zakres obowiązków              | .....<br>.....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                              | .....<br>.....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                              |
| Oczekiwania pracodawcy                | 1/wykształcenie: .....<br>.....<br>.....<br>2/uprawnienia: .....<br>.....<br>3/umiejętności: .....<br>.....<br>4/doświadczenie zawodowe: .....<br>.....<br>.....<br>5/znajomość języków obcych<br>(wraz z określeniem poziomu ich znajomości): .....<br>..... | 1/wykształcenie: .....<br>.....<br>.....<br>2/uprawnienia: .....<br>.....<br>3/umiejętności: .....<br>.....<br>4/doświadczenie zawodowe: .....<br>.....<br>.....<br>5/znajomość języków obcych<br>(wraz z określeniem poziomu ich znajomości): .....<br>..... |

|                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pozostałe istotne informacje dotyczące oferowanego stanowiska pracy (np. praca w delegacji itp.)</b> | .....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | .....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Dokładny adres miejsca świadczenia pracy</b>                                                         | .....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | .....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Godziny pracy/zmianowość</b>                                                                         | Praca w dni wolne <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> jedna zmiana: od ..... do .....<br><input type="checkbox"/> dwie zmiany:<br>od ..... do ..... / od ..... do.....<br><input type="checkbox"/> trzy zmiany:<br>od ..... do ..... / od..... do..... /<br>od ..... do..... | Praca w dni wolne <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> jedna zmiana: od ..... do .....<br><input type="checkbox"/> dwie zmiany:<br>od ..... do ..... / od ..... do.....<br><input type="checkbox"/> trzy zmiany:<br>od ..... do ..... / od..... do..... /<br>od ..... do..... |
| <b>Wysokość proponowanego wynagrodzenia</b>                                                             | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Wymiar czasu pracy**</b>                                                                             | ..... etatu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ..... etatu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Kategoria osób do zatrudnienia ***</b>                                                               | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

2. Wnioskowana kwota refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy:

..... słownie: /...../

3. Proponowaną formą zabezpieczenia refundacji będzie \*:

- ☐ poręczenie
- ☐ weksel in blanco <sup>x</sup>
- ☐ weksel z poręczeniem wekslowym (aval)
- ☐ gwarancja bankowa
- ☐ zastaw rejestrowy na prawach lub rzeczach
- ☐ blokada środków zgromadzonych na rachunku płatniczym
- ☐ zgoda na dobrowolne poddanie się egzekucji w formie aktu notarialnego

**Uwaga:**

**W przypadku wyboru formy zabezpieczenia w postaci weksla in blanko lub aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji konieczne jest ustanowienie dodatkowego zabezpieczenia.**

\* - właściwe zaznaczyć x, lub podkreślić

\*\* - wymiar czasu pracy na wyposażonym lub doposażonym stanowisku pracy :

1. Pełen wymiar czasu pracy – w przypadku zatrudnienia bezrobotnego na stanowisku, o którym mowa w art. 154 ust 1 ustawy
2. Połowa wymiaru czasu pracy – w przypadku zatrudnienia poszukującego pracy, na stanowisku o którym mowa w art. 154 ust 1 ustawy
3. Połowa wymiaru czasu pracy – w przypadku zatrudnienia bezrobotnego lub poszukującego pracy, na stanowisku pracy, o którym mowa w art. 154 ust. 2 lub 3.

\*\*\* - należy wybrać jedną z poniższych kategorii: *osoba bezrobotna, poszukujący pracy opiekun osoby niepełnosprawnej*

### III. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH WSZYSTKICH WYDATKÓW DLA POSZCZEGÓLNYCH STANOWISK PRACY Z PODZIAŁEM NA ŚRODKI TRWAŁE I POZOSTAŁE WYPOSAŻENIE ORAZ ŹRÓDŁO ICH FINANSOWANIA.

[illegible]

IV. SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA I HARMONOGRAM ZAKUPÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY, ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU PRACY.

| Lp.                                       | Nazwa stanowiska<br>Specyfikacja zakupów<br>(nazwa maszyn, urządzeń, osprzętowania<br>itp.) | Przewidywany<br>termin zakupu | Wartość w PLN |     |        |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------|-----|--------|
|                                           |                                                                                             |                               | netto         | vat | brutto |
|                                           |                                                                                             |                               |               |     |        |
| Stanowisko I                              |                                                                                             |                               |               |     |        |
| Nazwa .....<br>Zakup w ramach refundacji: |                                                                                             |                               |               |     |        |
|                                           |                                                                                             |                               |               |     |        |
|                                           |                                                                                             |                               |               |     |        |
|                                           |                                                                                             |                               |               |     |        |
|                                           |                                                                                             |                               |               |     |        |
|                                           |                                                                                             |                               |               |     |        |
|                                           |                                                                                             |                               |               |     |        |
|                                           |                                                                                             |                               |               |     |        |
|                                           |                                                                                             |                               |               |     |        |
|                                           |                                                                                             |                               |               |     |        |
| Razem stanowisko I                        |                                                                                             |                               |               |     |        |
| Stanowisko II                             |                                                                                             |                               |               |     |        |
| Nazwa .....<br>Zakup w ramach refundacji: |                                                                                             |                               |               |     |        |
|                                           |                                                                                             |                               |               |     |        |
|                                           |                                                                                             |                               |               |     |        |
|                                           |                                                                                             |                               |               |     |        |
|                                           |                                                                                             |                               |               |     |        |
|                                           |                                                                                             |                               |               |     |        |
|                                           |                                                                                             |                               |               |     |        |
|                                           |                                                                                             |                               |               |     |        |
|                                           |                                                                                             |                               |               |     |        |
|                                           |                                                                                             |                               |               |     |        |
|                                           |                                                                                             |                               |               |     |        |
| Razem stanowisko II                       |                                                                                             |                               |               |     |        |
| Ogółem stanowisko I + II                  |                                                                                             |                               |               |     |        |

**V. OSOBA/OSOBY UMOCOWANE DO DZIAŁANIA W IMIENIU WNIOSKODAWCY:**

1. ....  
/imię i nazwisko/

2. ....  
/imię i nazwisko/

**VI. UPRAWNIONY PRACOWNIK LUB INNA OSOBA DO WSPÓŁPRACY I KONTAKTÓW Z PUP**

1. .... telefon .....  
/imię i nazwisko/

*Wyrażam zgodę na dokonywanie przez Powiatowy Urząd Pracy w Krotoszynie poprawek omyłek pisarskich i rachunkowych wynikających z błędnie dokonanych wyliczeń matematycznych zawartych w tabeli III i IV niniejszego wniosku.*

.....  
( data )

.....  
/podpis wnioskodawcy lub osób umocowanych do działania w jego imieniu/

## VII. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Oświadczenia wnioskodawcy - w przypadku przedsiębiorcy, w tym żłobka, klub dziecięcego, podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne, niepublicznego przedszkola lub szkoły - Załącznik nr 1 do wniosku.
2. Oświadczenia wnioskodawcy - żłobka, klubu dziecięcego, w przypadku tworzenia stanowiska pracy związanego bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć oraz przedsiębiorcy lub przedsiębiorstwa społecznego świadczącego usługi rehabilitacyjne w przypadku tworzenia stanowiska pracy związanego bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania, w tym usług mobilnych - Załącznik nr 1A do wniosku.
3. Oświadczenia wnioskodawcy - w przypadku producenta rolnego - Załącznik nr 1B do wniosku.
4. Wszystkie zaświadczenia o pomocy *de minimis* oraz pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie, jakie otrzymał wnioskodawca w okresie 3 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku albo oświadczenie o wielkości pomocy *de minimis* oraz pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie, otrzymanej w tym okresie – Załącznik nr 2 do wniosku.

Na stronie Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów jest dostępna baza SUDOP - <http://sudop.uokik.gov.pl>. Za pośrednictwem tej bazy istnieje możliwość wyszukiwania informacji odnośnie wielkości pomocy *de minimis* jaką otrzymał w wymaganym okresie beneficjent pomocy publicznej na podstawie Rozporządzenia Komisji (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 r. str.1), oraz Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 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 15.12.2023r.) Na stronie <http://srpp.minrol.gov.pl> w Systemie Rejestracji Pomocy Publicznej istnieje możliwość wyszukania informacji odnośnie wielkości pomocy *de minimis* w rolnictwie jaką otrzymał w wymaganym okresie beneficjent pomocy publicznej na podstawie Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str.9).
5. Oświadczenie wnioskodawcy o zapoznaniu się z treścią definicji „przyczyn dotyczących zakładu pracy” – Załącznik nr 3 do wniosku.
6. „Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*” – Załącznik nr 4 do wniosku - dotyczy podmiotu, w tym żłobka, klub dziecięcego, podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne, niepublicznego przedszkola lub szkoły.
7. „Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę ubiegającego się o pomoc *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie - Załącznik nr 4A do wniosku – dotyczy producenta rolnego.
8. Zgłoszenie krajowej oferty pracy – Załącznik nr 5 do wniosku.
9. Podmiot, w tym żłobek, klub dziecięcy, podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne, niepubliczne przedszkole lub szkoła oraz producent rolny w przypadku prowadzenia działalności w formie spółki cywilnej – kserokopię umowy spółki.
10. Przedszkole lub szkoła – kserokopia wpisu do ewidencji niepublicznych szkół i placówek oświatowych.
11. Producent rolny – zaświadczenie o posiadaniu gospodarstwa rolnego w rozumieniu przepisów o podatku rolnym lub inny dokument świadczący o prowadzeniu działu specjalnego produkcji rolnej.
12. Producent rolny - dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej 1 pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy /umowa o pracę /, oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie (Druki ZUS P RCA).
13. Kserokopię dokumentu potwierdzającego umocowanie do działania w imieniu wnioskodawcy.

### Uwaga!

**Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałami przez wnioskodawcę.**