Data wpływu wniosku do PUP

......................................................... ………………………………

(pieczęć firmowa wnioskodawcy) (data)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Limanowej**

**W N I O S E K**

**o udzielenie refundacji ze środków Funduszu Pracy**

**kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, poszukującego pracy opiekuna\* lub poszukującego pracy absolwenta\***

podstawa prawna: art. 46 ust.1 pkt.1 i ust.1a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( Dz. U. z 2018 r. poz. 1265 i 1149 ze zm. )oraz rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1380)

**Wnioskowana kwota środków :...........................................zł.**

(**nie wyższa niż 6-krotna wysokość przeciętnego wynagrodzenia na jedno stanowisko pracy i** **proporcjonalna do wymiaru czasu pracy skierowanego bezrobotnego1, poszukującego pracy opiekuna lub poszukującego pracy absolwenta)**

**Liczba wyposażanych lub doposażanych stanowisk pracy: ……………………**

**Pouczenie:**

1. W celu właściwego wypełnienia wniosku, prosimy o staranne jego przeczytanie.
2. Wniosek należy wypełnić czytelnie.
3. Prosimy o staranne, precyzyjne odpowiedzi na zawarte pytania, które będą podstawą oceny

 przedsięwzięcia i pomocy w jego realizacji.

1. Wniosek niekompletny i nieprawidłowo sporządzony nie będzie uwzględniony.
2. Złożenie wniosku nie gwarantuje otrzymania środków z Funduszu Pracy.
3. Od rozstrzygnięcia Starosty- Powiatowego Urzędu Pracy nie przysługuje odwołanie.
4. Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*poszukujący pracy opiekun – oznacza poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu lub niewykonującego
 innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej, z wyłączeniem opiekunów osoby niepełnosprawnej
 pobierających świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy na podstawie przepisów o świadczeniach
 rodzinnych (…)

\*opiekun osoby niepełnosprawnej - oznacza to członków rodziny, w rozumieniu art. 3 ust. z dnia 4 listopada 2016 r.
 o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860) (małżonków, rodziców dziecka w fazie prenatalnej rodziców dziecka, opiekuna faktycznego dziecka), opiekujących się dzieckiem z orzeczeniem
 o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby
 w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na
 co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji lub osobą niepełnosprawną ze znacznym
 stopniem niepełnosprawności,

\*poszukujący pracy absolwent – oznacza to poszukującą pracy osobę, która w okresie ostatnich 48 miesięcy ukończyła szkołę lub uzyskała tytuł zawodowy

1bezrobotny może być zatrudniony na doposażonym stanowisku pracy w niepełnym wymiarze czasu pracy wyłącznie
w żłobku, klubie dziecięcym lub podmiocie świadczącym usługi rehabilitacyjne dla dzieci niepełnosprawnych.

`

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**
2. Nazwa firmy (lub imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej):

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

………………………………………………………………………………………………………..

1. Adres siedziby albo adres miejsca zamieszkania…………………………………………………………………….
2. Nr PESEL (dotyczy osoby fizycznej).........................................................................................
3. Osoba upoważniona do kontaktu:………………….................nr tel………….………………
4. NIP ........................................ REGON …………………………… Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) ...................
5. Forma prawna prowadzonej działalności………………………………………………………
6. Komunikat o statusie VAT podmiotu: zwolniony, czynny, niezarejestrowany (niepotrzebne skreślić).
7. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności .........................…………………..........................
8. Forma opodatkowaniapodatkiem dochodowym:

 ryczałt,  książka przychodów i rozchodów,  karta podatkowa,  pełna księgowość,

1. Numer rachunku bankowego:
2. Ilość osób zatrudnionych w dniu składania wniosku: ...................................................................
3. Liczba zatrudnionych pracowników w ostatnich 6 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| m-c/ rok | m-c...............rok................. | m-c...............rok................ | m-c...............rok................. | m-c...............rok................. | m-c...............rok................. | m-c...............rok................. |
| Liczba osób |  |  |  |  |  |  |

W przypadku spadku zatrudnienia w ciągu ostatnich 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku, proszę o podanie przyczyny i sposobu rozwiązania umowy o pracę: ..............................................…………………....................................................................................................................................................................................................................................................

1. Czy Wnioskodawca w ostatnim roku korzystał ze środków Funduszu Pracy:

a) prace interwencyjne:

w okresie ............................................., ilość osób ............, ilość osób, które pracują nadal ..............,

b) staże:

w okresie ......................................., ilość osób ............., ilość osób, zatrudnionych po stażu ..........,

c) wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy:

w okresie .................................... ,ilość osób ............,ilość osób, które pracują nadal .......................,

d) jednorazowe środki na rozpoczęcie działalności gospodarczej:

umowa nr ................................................................. z dnia...........................................................,

e) inne (podać jakie): …………………………………….…..…..............., ilość osób………………………..,

- ilość osób, które pracują do chwili obecnej ……………………………

**II. DANE DOTYCZĄCE TWORZONYCH MIEJSC PRACY, NA KTÓRYCH ZOSTANĄ**

 **ZATRUDNIENI BEZROBOTNI, POSZUKUJĄCY PRACY OPIEKUNOWIE lub
 POSZUKUJĄCY PRACY ABSOLWENCI2**

1. Zobowiązuję się do zatrudnienia .......... (podać liczbę) osób bezrobotnych, poszukujących pracy opiekunów lub poszukujących pracy absolwentów

w terminie od ................................. na okres 24 miesięcy3, na następujące stanowisko(a) pracy

 ..........................................................................................................................................................................................
 /podać nazwę stanowiska zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dostępną na stronie:
 [http://www.psz.praca.gov.pl/](http://www.psz.praca.gov.pl/_files_/klasyfikacja_zwodow/100907_klasyfikacja_zawodow_i_specjalnosci_na_potrzeby_rynku_pracy_2010_publikacja.pdf)

1. Wymiar czasu pracy4 ……………….. (dot. zatrudnianego poszukującego pracy opiekuna, a w przypadku żłobka lub klubu dziecięcego z miejscami integracyjnymi albo podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne dla dzieci niepełnosprawnych – również zatrudnianego bezrobotnego lub poszukującego pracy absolwenta)
2. Miejsce wykonywania pracy: .........................................................................................................
3. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanego bezrobotnego, poszukującego pracy opiekuna lub poszukującego pracy absolwenta ………………………….………………. ............................………………………………………................................................................
4. Proponowane miesięczne wynagrodzenie brutto: ..........................................................................
5. Wymagane kwalifikacje, umiejętności, doświadczenie zawodowe i inne wymagania niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinni spełniać bezrobotni, poszukujący pracy opiekunowie lub poszukujący pracy absolwenci, skierowani przez Powiatowy Urząd Pracy w Limanowej:

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

1. **Deklaruję utrzymanie w zatrudnieniu skierowane przez PUP osoby przez okres ………….** (podać liczbę miesięcy) po ustawowym 24 miesięcznym obowiązku zatrudnienia.

2poszukujący pracy absolwent może być zatrudniony wyłącznie w żłobku lub klubie dziecięcym z miejscami integracyjnymi albo w podmiocie świadczącym usługi rehabilitacyjne, na stanowisku związanym bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub związanym bezpośrednio z usługami rehabilitacyjnymi dla dzieci niepełnosprawnych.

3niewywiązanie się pracodawcy z obowiązku zatrudnienia skierowanych przez PUP osób na utworzonym stanowisku pracy łącznie przez okres 24 m-cy powoduje obowiązek zwrotu refundacji na zasadach określonych w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1265 i 1149).

4  wymiar czasu pracy nie może być mniejszy niż połowa etatu.

1. Szczegółową specyfikację wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii – przedstawia załącznik nr 1 do wniosku.
2. Jako zabezpieczenie ewentualnego zwrotu przez podmiot refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w przypadku nie dotrzymania warunków proponuję :

|  |  |
| --- | --- |
| Poręczenie |  |
| Weksel z poręczeniem wekslowym (aval) |  |
| Gwarancja bankowa |  |
| Blokada rachunku bankowego |  |
| Akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika |  |
| Zastaw na prawach lub rzeczach |  |

**Proszę zaznaczyć „X” jedną wybraną formę.**

1. Powiatowemu Urzędowi Pracy w Limanowej służy prawo kontroli wiarygodności danych zamieszczonych we wniosku. Wnioskodawca zobowiązany jest umożliwić wizję lokalną.
* **Oświadczam, że znam Kryteria refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz form zabezpieczenia zwrotu otrzymanych środków**

**Wiarygodność podanych we wniosku i załącznikach danych – potwierdzam własnoręcznym podpisem :**

………...……..............................................

 (podpis Wnioskodawcy)

**Załączniki:**

* 1. Szczegółowa specyfikacja wydatków dotycząca wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy – **załącznik nr 1**.
	2. Oświadczenie o niezmniejszaniu wymiaru czasu pracy pracownika i nierozwiązaniu stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot, przedszkole lub szkołę albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (nie dotyczy producentów rolnych).
	3. Oświadczenie o niezmniejszaniu wymiaru czasu pracy pracownika i nierozwiązaniu stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot, przedszkole lub szkołę albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji (nie dotyczy producentów rolnych).
	4. Oświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej, w rozumieniu przepisów o swobodzie

działalności gospodarczej, przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej, a w przypadku przedszkola i szkoły – prowadzeniu działalności na podstawie ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (nie dotyczy żłobka, klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne oraz producentów rolnych).

* 1. Oświadczenie o niezaleganiu w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, PFRON oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
	2. Oświadczenie o niezaleganiu w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
	3. Oświadczenie o nieposiadaniu w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
	4. Oświadczenie o niekaralności w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo

przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca1997 r. – Kodeks karny (j.t. Dz. U. z 2018 poz. 1600) lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (j. t. Dz. U. z 2018 poz. 703).

1. Oświadczenie o posiadaniu gospodarstwa rolnego w rozumieniu przepisów o podatku rolnym lub prowadzeniu działu specjalnego produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych lub przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych, przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (dotyczy tylko producentów rolnych).
2. Informację o niezmniejszeniu wymiaru czasu pracy pracownika i nierozwiązaniu stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia, dokonanego przez żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji (dotyczy tylko żłobków, klubów dziecięcych i podmiotów świadczących usługi rehabilitacyjne)
3. Informację o niezmniejszeniu wymiaru czasu pracy pracownika i nierozwiązaniu stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez producenta rolnego albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji (dotyczy tylko producentów rolnych).
4. Dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej jednego pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzającego jego ubezpieczenie ( dotyczy tylko producentów rolnych).
5. Zaświadczenia lub oświadczenie o pomocy de minimis w zakresie, o którym mowa w art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (j.t. Dz. U. z 2018 r. poz 362 z późn.zm.) – **załącznik nr 2.** (dotyczy wszystkich wnioskodawców ubiegających się o pomoc de minimis).
6. Informacje określone w przepisach wydanych na podstawie art. 37 ust. 2a ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej – **załącznik nr 3** (dotyczy wszystkich wnioskodawców ubiegających się o pomoc de minimis).
7. Zgłoszenie wolnego miejsca pracy.

Ponadto prosimy o dołączenie dokumentów, które będą niezbędne do ewentualnego przygotowania umowy tj. kserokopię dokumentu poświadczającego formę prawną (zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wpis do rejestru sądowego lub inne).

*Szczegółowe informacje można uzyskać w PUP Limanowa, ul. J. Marka 9 pok. 313,*

*tel. (0-18) 3337 884*

*Formularz wniosku jest dostępny na stronie internetowej –* [*www.limanowa.praca.gov.pl*](http://www.limanowa.praca.gov.pl)

**załącznik nr 1**

**Szczegółowa specyfikacja wydatków dotycząca wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kalkulacja wydatków i źródła jej finansowania dla stanowiska pracy:** ...................................................... | Ilość.................................. | Koszt całkowity | **Refundacja przez PUP** | **Środki własne** | **Inne (kredyty, refundacje, itp.)** |
| adaptacja pomieszczeń (budowa, rozbudowa, remont i modernizacja) |  |  |  x |  |  |
| zakup maszyn urządzeń, sprzętu, środków trwałych (nazwa) :............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ | .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | ............................... | ............................... | .............................. |
| zakup środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowisk pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii ........................................................................................................................................................................................................................ | ………………………………………...…….……………………… | ……………………..…………………………..……………………….. | ………………………. | ……….…………….. | ………………...... |
| wynagrodzenie dla bezrobotnego plus ZUS przez okres 24 miesięcy | x |  | x |  |  |
| Ogółem wydatki ze środków Funduszu Pracy | x | x |  | x | x |

 ……… .......................................

 podpis Wnioskodawcy

***OŚWIADCZENIA I INFORMACJE WNIOSKODAWCY\****

1. Oświadczam, że nie zmniejszyłem(am) wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązałem(am) stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot, przedszkole lub szkołę albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (nie dotyczy producentów rolnych);
2. Oświadczam, że nie zmniejszę wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiążę stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanym przez podmiot, przedszkole lub szkołę lub na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji (nie dotyczy producentów rolnych);
3. Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej (dotyczy podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą);
4. Oświadczam, że prowadzę działalność na podstawie ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (dotyczy niepublicznego przedszkola i niepublicznej szkoły);
5. Oświadczam, że posiadam gospodarstwo rolne w rozumieniu przepisów o podatku rolnym lub prowadzeniu działu specjalnego produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych lub przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych, przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (dotyczy tylko producentów rolnych);
6. Oświadczam, że nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych PFRON oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
7. Oświadczam, że nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
8. Oświadczam, że nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
9. Oświadczam, że w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem(łam) karany(a) za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca
1997 r. – Kodeks karny (j.t. Dz. U. z 2018 r. poz. 1600) lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (j. t. Dz. U. z 2018 poz. 703 z późn.zm.);
10. Informuję, że nie zmniejszyłem wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązałem stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez pracodawcę albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku i nie dokonam tego w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji. (dotyczy producentów rolnych, żłobków, klubów dziecięcych i podmiotów świadczących usługi rehabilitacyjne).

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia lub nieprawdziwej informacji.**

................................... ….........................................

data podpis Wnioskodawcy

**\* właściwe oświadczenie zakreślić**

**załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS**

**INFORMACJA O UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam, iż ........................................................................................................................ :

 (pełna nazwa wnioskodawcy)

 \* w okresie: w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych **nie uzyskał/a** pomocy publicznej *de minimis.*

 \*w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat budżetowych **uzyskał/a** pomoc publiczną *de minimis* w następującej wielkości (proszę wypełnić poniższą tabelę\*\*):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Podmiot udzielający pomocy | Podstawa prawna otrzymanej pomocy | Dzień udzielenia pomocy(dzień-miesiąc-rok) | Wartość pomocy brutto |
| w PLN | w EUR |
| .... |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Łączna wartość *de minimis*** |  |  |

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszej informacji są zgodne ze stanem faktycznym.

 ………………………

 (data i podpis wnioskodawcy)

\* – należy zakreślić właściwą odpowiedź.

\*\* – wszelkie informacje zawarte w tabeli powinny być zgodnie z Zaświadczeniami o udzielonej pomocy de minimis, jakie Wnioskodawca otrzymał od podmiotów udzielających mu pomocy de minimis w okresie bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowyc

### załącznik nr 3

|  |
| --- |
| **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis** |
| **Stosuje się do pomocy de minimis udzielanej na warunkach określonych w rozporządzeniu 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)** |
| **A. Informacje dotyczące podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc de minimis1)** | **A1. Informacje dotyczące wspólnika spółki cywilnej lub osobowej wnioskującego o pomoc de minimis w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce2)** |
| **1) Identyfikator podatkowy NIP podmiotu** | **1a) Identyfikator podatkowy NIP wspólnika3)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2) Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu** | **2a) Imię i nazwisko albo nazwa wspólnika** |
|  |  |  |  |  |  |
| **3) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby podmiotu** | **3a) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby wspólnika** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **4) Identyfikator gminy, w której podmiot ma miejsce zamieszkania albo siedzibę4)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5) Forma prawna podmiotu5)** |
|  |  | **przedsiębiorstwo państwowe** |
|  |  | **jednoosobowa spółka Skarbu Państwa** |
|  |  | **jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1996 r. o** |
| **gospodarce komunalnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 45, poz. 236)** |
|  |  | **spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka** |
| **samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są****podmiotami, które posiadają uprawnienia takie, jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.)** |
|  |  | **jednostka sektora finansów publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach** |
| **publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm.)** |
|  |  | **inna (podać jaka)** |
|  |  |  |
|  |
| **6) Wielkość podmiotu, zgodnie z załącznikiem I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1)5)** |
|  |  | **mikroprzedsiębiorca** |
|  |  | **mały przedsiębiorca** |
|  |  | **średni przedsiębiorca** |
|  |  | **inny przedsiębiorca** |
| **7) Klasa działalności, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885, z późn. zm.)6)** |
|  |  |  |  |  |  |
| **8) Data utworzenia podmiotu** |
|  |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  |  |
|  |
| **Strona 1 z 7** |

|  |
| --- |
| **9) Powiązania z innymi przedsiębiorcami7)****Czy pomiędzy podmiotem a innymi przedsiębiorcami istnieją powiązania polegające na tym, że:** |
| **a) jeden przedsiębiorca posiada w drugim większość praw głosu?** |  | **tak** |  | **nie** |
|  |
| **b) jeden przedsiębiorca ma prawo powołać lub odwołać większość członków organu** |  | **tak** |  | **nie** |
| **zarządzającego lub nadzorującego innego przedsiębiorcy?** |
| **c) jeden przedsiębiorca ma prawo wywierać dominujący wpływ na innego przedsiębiorcę zgodnie** |  | **tak** |  | **nie** |
| **z umową zawartą z tym przedsiębiorcą lub jego dokumentami założycielskimi?** |
| **d) jeden przedsiębiorca, który jest akcjonariuszem lub wspólnikiem innego przedsiębiorcy lub jego** |  | **tak** |  | **nie** |
| **członkiem, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub członkami tego****przedsiębiorcy, samodzielnie kontroluje większość praw głosu u tego przedsiębiorcy?** |
| **e) przedsiębiorca pozostaje w jakimkolwiek ze stosunków opisanych powyżej poprzez jednego** |  | **tak** |  | **nie** |
| **innego przedsiębiorcę lub kilku innych przedsiębiorców?****W przypadku zaznaczenia przynajmniej jednej odpowiedzi twierdzącej, należy podać:** |
| **a) identyfikator podatkowy NIP wszystkich powiązanych z podmiotem przedsiębiorców** |  |  |
|  |
| **b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym** |  |  |
| **roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach****podatkowych wszystkim powiązanym z podmiotem przedsiębiorcom8)** |
| **10) Informacja o utworzeniu wnioskodawcy w wyniku podziału innego przedsiębiorcy lub połączenia z innym przedsiębiorcą, w tym przez przejęcie innego przedsiębiorcy****Czy podmiot w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz w okresie dwóch poprzedzających lat podatkowych:** |
| **a) powstał wskutek połączenia się innych przedsiębiorców?** |  | **tak** |  | **nie** |
| **b) przejął innego przedsiębiorcę?** |  | **tak** |  | **nie** |
| **c) powstał w wyniku podziału innego przedsiębiorcy?** |  | **tak** |  | **nie** |
| **W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit. a) lub b) należy podać:** |
| **a) identyfikator podatkowy NIP wszystkich połączonych lub przejętych przedsiębiorców** |  |  |
|  |
|  |
| **b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym** |  |  |
| **roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach****podatkowych wszystkim połączonym lub przejętym przedsiębiorcom8)****W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit. c) należy podać:** |
| **a) identyfikator podatkowy NIP przedsiębiorcy przed** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **podziałem** |
| **b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym** |  |  |
| **roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach****podatkowych przedsiębiorcy istniejącemu przed podziałem w odniesieniu do działalności przejmowanej przez podmiot8)****Jeśli nie jest możliwe ustalenie, jaka część pomocy de minimis uzyskanej przez przedsiębiorcę przed podziałem****przeznaczona była na działalność przejętą przez podmiot, należy podać:** |
| **– łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym** |  |  |
| **roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach****podatkowych przedsiębiorcy przed podziałem8)** |
| **– wartość kapitału przedsiębiorcy przed podziałem (w PLN)** |  |  |
| **– wartość kapitału podmiotu na moment podziału (w PLN)** |  |  |
|  |
| **Strona 2 z 7** |

|  |
| --- |
| **B. Informacje dotyczące sytuacji ekonomicznej podmiotu, któremu ma być udzielona** **pomoc de minimis9)** |
|  |
| **1) Czy podmiot spełnia kryteria kwalifikujące go do objęcia postępowaniem upadłościowym?** |  | **tak** |  | **nie** |
|  |
| **2) Czy podmiot będący przedsiębiorcą innym niż mikro-, mały lub średni znajduje się w sytuacji gorszej niż sytuacja kwalifikująca się do oceny kredytowej B-10)?** |  | **tak** |  | **nie** |
|  |  | **nie dotyczy** |
| **3) Czy w odniesieniu do okresu ostatnich 3 lat poprzedzających dzień wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy de minimis:** |
| **a) podmiot odnotowuje rosnące straty?** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **b) obroty podmiotu maleją?** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **c) zwiększeniu ulegają zapasy podmiotu lub niewykorzystany** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **potencjał do świadczenia usług?** |
| **d) podmiot ma nadwyżki produkcji11)?** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **e) zmniejsza się przepływ środków finansowych?** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **f) zwiększa się suma zadłużenia podmiotu?** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **g) rosną kwoty odsetek od zobowiązań podmiotu?** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **h) wartość aktywów netto podmiotu zmniejsza się lub jest** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **zerowa?** |
| **i) zaistniały inne okoliczności wskazujące na trudności w** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **zakresie płynności finansowej?****Jeśli tak, należy wskazać jakie:** |
|  |  |  |
|  |
| **Strona 3 z 7** |

|  |
| --- |
| **C. Informacje dotyczące działalności gospodarczej prowadzonej przez podmiot, któremu ma być udzielona pomoc de minimis** |
| **Czy podmiot, któremu ma być udzielona pomoc de minimis, prowadzi działalność:** |
| **1) w sektorze rybołówstwa i akwakultury12)?** |  |  **tak** |  |  **nie** |
|  |
| **2) w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych wymienionych w załączniku I do** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?** |
| **3) w dziedzinie przetwarzania i wprowadzania do obrotu produktów rolnych wymienionych w** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?** |
| **4) w sektorze drogowego transportu towarów?** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **Jeśli tak, to czy wnioskowana pomoc będzie przeznaczona na nabycie pojazdów** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **wykorzystywanych do świadczenia usług w zakresie drogowego transportu towarów?** |
| **5) Czy wnioskowana pomoc de minimis przeznaczona będzie na działalność wskazaną w pkt 1-4?** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **6) W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 1, 2 lub 4 czy zapewniona jest** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **rozdzielność rachunkowa13) uniemożliwiająca przeniesienie na wskazaną w tych punktach** |
| **działalność korzyści wynikających z uzyskanej pomocy de minimis (w jaki sposób)?** |  | **nie dotyczy** |
|  |
|  |  |  |
|  |
| **Strona 4 z 7** |

|  |
| --- |
| **D. Informacje dotyczące pomocy otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów na pokrycie których ma być przeznaczona wnioskowana pomoc de minimis** |
|  |
|  **Czy wnioskowana pomoc de minimis zostanie przeznaczona na pokrycie dających się** |  | **tak** |  | **nie** |
|  **zidentyfikować kosztów?** |
|  **Jeśli tak, czy na pokrycie tych samych kosztów, o których mowa powyżej, podmiot otrzymał** |  | **tak** |  | **nie** |
|  **pomoc inną niż pomoc de minimis?** **Jeśli tak, należy wypełnić poniższą tabelę14) w odniesieniu do ww. pomocy innej niż de minimis oraz pomocy de minimis na te same koszty.** |
|  | **Przeznaczenie pomocy** | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość otrzymanej pomocy** | **brutto** | **5b** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **nominalna** | **5a** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Forma pomocy** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podstawa prawna udzielenia pomocy** | **informacje szczegółowe** | **3b** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **informacje podstawowe** | **3a** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot udzielający pomocy** | **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dzień udzielenia pomocy** | **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Lp.** |  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |  |
|  |
| **Strona 5 z 7** |

|  |
| --- |
| **Jeżeli w tabeli wykazano otrzymaną pomoc inną niż pomoc de minimis, należy dodatkowo wypełnić pkt 1-8 poniżej:****1) opis przedsięwzięcia:** |
|  |  |  |
| **2) koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą w wartości nominalnej i zdyskontowanej oraz ich rodzaje:** |
|  |  |  |
| **3) maksymalna dopuszczalna intensywność pomocy:** |
|  |  |  |
| **4) intensywność pomocy już udzielonej w związku z kosztami, o których mowa w pkt 2:** |
|  |  |  |
| **5) lokalizacja przedsięwzięcia:** |
|  |  |  |
| **6) cele, które mają być osiągnięte w związku z realizacją przedsięwzięcia:** |
|  |  |  |
| **7) etapy realizacji przedsięwzięcia:** |
|  |  |  |
| **8) data rozpoczęcia i zakończenia realizacji przedsięwzięcia:** |
|  |  |  |
|  |
| **E. Informacje dotyczące osoby upoważnionej do przedstawienia informacji** |
| **Imię i nazwisk Numer telefonu** |
|  |  |  |  |  |
| **Stanowisko służbowe Data i podpis** |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |
| **Strona 6 z 7** |

|  |
| --- |
|  |
| 1. W przypadku gdy o pomoc de minimis wnioskuje wspólnik spółki cywilnej, jawnej albo partnerskiej albo komplementariusz spółki komandytowej albo komandytowo-

-akcyjnej niebędący akcjonariuszem, w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce, w formularzu podaje się informacje dotyczące tej spółki. W przypadku spółki cywilnej należy podać NIP tej spółki, nazwę, pod jaką spółka funkcjonuje na rynku, oraz miejsce prowadzenia działalności, a w przypadku braku nazwy i miejsca prowadzenia działalności imiona i nazwiska oraz adresy wszystkich wspólników tej spółki.1. Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy o pomoc de minimis wnioskuje wspólnik spółki cywilnej, jawnej albo partnerskiej albo komplementariusz spółki

komandytowej albo komandytowo-akcyjnej niebędący akcjonariuszem, w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce (podaje się informacje dotyczące tego wspólnika albo komplementariusza).3) O ile posiada identyfikator podatkowy NIP.1. Wpisuje się siedmiocyfrowe oznaczenie nadane w sposób określony w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.). Lista identyfikatorów gmin znajduje się na stronie internetowej [http://www.uokik.gov.pl/sporzadzanie\_sprawozdan\_z\_wykorzystaniem\_aplikacji\_shrimp.php.](http://www.uokik.gov.pl/sporzadzanie_sprawozdan_z_wykorzystaniem_aplikacji_shrimp.php)
2. Zaznacza się właściwą pozycję znakiem X.
3. Podaje się klasę działalności, w związku z którą podmiot ubiega się o pomoc de minimis. Jeżeli brak jest możliwości ustalenia jednej takiej działalności, podaje się klasę PKD tej działalności, która generuje największy przychód.
4. Za powiązane nie uważa się podmiotów, w przypadku których powiązanie występuje wyłącznie za pośrednictwem organu publicznego, np. Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego.
5. Podaje się wartość pomocy w euro obliczoną zgodnie z art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, rozporządzeniem Rady Ministrów wydanym na podstawie art. 11 ust. 2 tej ustawy oraz właściwymi przepisami unijnymi.
6. Wypełnia się jedynie w przypadku podmiotów, którym ma być udzielona pomoc de minimis, do obliczenia wartości której konieczne jest ustalenie ich stopy referencyjnej (tj. w formie takiej jak: pożyczki, gwarancje, odroczenia, rozłożenia na raty), z wyjątkiem podmiotów, którym pomoc de minimis ma być udzielona na podstawie art. 34a ustawy z dnia 8 maja 1997 r. o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne (Dz. U. z 2012 r. poz. 657, z późn. zm.) oraz będących osobami fizycznymi, którzy na dzień złożenia informacji określonych w niniejszym rozporządzeniu nie rozpoczęli prowadzenia działalności gospodarczej.
7. Ocena kredytowa B- oznacza wysokie ryzyko kredytowe. Zdolność do obsługi zobowiązań istnieje jedynie przy sprzyjających warunkach zewnętrznych. Poziom odzyskania wierzytelności w przypadku wystąpienia niewypłacalności jest średni lub niski.
8. Dotyczy wyłącznie producentów.
9. Objętych rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1379/2013 z dnia 11 grudnia 2013 r. w sprawie wspólnej organizacji rynków produktów rybołówstwa i akwakultury, zmieniającym rozporządzenia Rady (WE) nr 1184/2006 i (WE) nr 1224/2009 oraz uchylającym rozporządzenie Rady (WE) nr 104/2000 (Dz. Urz. UE L 354 z 28.12.2013, str. 1).
10. Rozdzielność rachunkowa określonej działalności gospodarczej polega na prowadzeniu odrębnej ewidencji dla tej działalności gospodarczej oraz prawidłowym przypisywaniu przychodów i kosztów na podstawie konsekwentnie stosowanych i mających obiektywne uzasadnienie metod, a także określeniu w dokumentacji, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r. poz. 330, z późn. zm.), zasad prowadzenia odrębnej ewidencji oraz metod przypisywania kosztów i przychodów.
11. Wypełnia się zgodnie z Instrukcją wypełnienia tabeli w części D formularza.
 |
| **Strona 7 z 7** |

**ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY**

**PUP-CAZ/RP 512-…………/……………..**

**(nr oferty oraz nr wniosku** **wpisuje Powiatowy Urząd Pracy) Data zgłoszenia oferty pracy**⁪⁪-⁪⁪-⁪⁪⁪⁪

**CZĘŚĆ A – WYPEŁNIA PRACODAWCA**:

|  |
| --- |
| **I. Informacje dotyczące pracodawcy** |
| Nazwa pracodawcy

|  |
| --- |
|       |

 | 1. Adres pracodawcy

ulica      **-**      kod pocztowy miejscowość gmina       e – mail       strona internetowa       telefon/fax       |
|
| 2. Nazwisko, imię, stanowisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktu z PUP -       Tel. -       |
|
|
|
| 1. Dane firmy:

**NIP** ⁪⁪   -   -  -  **REGON**       **PKD**       | 5. Preferowana forma kontaktów (telefon, e-mail, inna)      |
|
|
| 1. Forma własności: [ ] ⁪prywatna [ ] ⁪publiczna
 | 1. Liczba zatrudnionych pracowników:
 |
| **II. Informacje dotyczące zgłaszanego miejsca pracy** |
| 1. Nazwa zawodu
2. Kod zawodu ([KZiS](http://img.iap.pl/s/319/202805/Edytor/File/pracodawcy_-_pliki/specyfikacja_zawodow.pdf) dostępna na stronie [www.pup.limanowa.pl](http://www.pup.limanowa.pl))

 ⁪⁪⁪⁪⁪⁪ | 1. Nazwa stanowiska

|  |
| --- |
|       |

 | 10. Liczba wolnych miejsc pracy     w tym dla osób niepełnosprawnych     |
| 11. Miejsce wykonywania pracy:       |
| 12. System i rozkład czasu pracy: [ ]  jedna zmiana [ ]  dwie zmiany [ ]  inne       |
| 13. Wymiar czasu pracy:⁪ [ ]  pełny⁪ [ ]  ½ etatu⁪ [ ]  inny       | 14. Rodzaj umowy:[ ]  na czas nieokreślony  [ ]  na czas określony [ ]  umowa zlecenie [ ]  inne -       | Ogólny zakres obowiązków (charakterystyka wykonywanej pracy):

|  |
| --- |
|       |

 |
| 16. Wysokość proponowanego  wynagrodzenia brutto:       | 17. System wynagrodzenia  (czasowy, akordowy, prowizyjny, itp.)      | 18. Data rozpoczęcia pracy:      |  19. Okres zatrudnienia od      do       |
| **III. Oczekiwania pracodawcy wobec kandydatów do pracy** |
| 20. Wymagania wobec kandydata do pracy: 1) poziom wykształcenia / kierunek      2) staż pracy/doświadczenie zawodowe      3) umiejętności      4)uprawnienia      5) znajomość języków obcych – język/poziom       | 21. Okres aktualności oferty : od       do      22. Częstotliwość kontaktów z osobą wskazaną przez pracodawcę: [ ]  raz na trzy dni[ ]  inna       |
| **IV. Postępowanie z ofertą pracy** |
| 23. Zasięg upowszechniania oferty pracy[ ]  powiat [ ]  przekazać do innych PUP – jakich       [ ]  EOG - jakie państwo        |
| 24. Informacje uzupełniające i dodatkowe wymagania co do kandydatów z EOG (wymagania co do poziomu znajomości j. polskiego, w jakim języku przekazać dok. aplikacyjne, inf. dot. możliwości zakwaterowania, wyżywienia, finansowania kosztów podróży lub przeprowadzki, państw EOG gdzie oferta ma zostać dodatkowo upowszechniona i inne niezbędne, ze względu na charakter wykonywanej pracy

|  |
| --- |
|       |

 |

25. Czy pracodawca jest agencją zatrudnienia, zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej? [ ]  TAK [ ]  NIE

26.Czy pracodawca w okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy został skazany prawomocnym wyrokiem

 za naruszenie praw pracowniczych lub czy jest objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie? [ ]  TAK [ ]  NIE

27. Czy oferta pracy została zgłoszona do innego PUP na terenie kraju?  [ ]  TAK [ ]  NIE

28. Czy oferta ma być upowszechniana w sposób umożliwiający identyfikację pracodawcy? [ ]  TAK [ ]  NIE

Informacje uzupełniające dla pracodawcy:

1. W przypadku braku w zgłoszeniu krajowej oferty pracy **danych wymaganych (pkt 1-23)**, PUP powiadamia pracodawcę krajowego, w formie ustalonej dla wspólnych kontaktów, o konieczności uzupełnienia zgłoszenia. Nieuzupełnienie przez pracodawcę krajowego zgłoszenia, w terminie **do 7 dni** od dnia powiadomienia, powoduje, że oferta pracy **nie jest przyjmowana do realizacji** przez powiatowy urząd pracy.
2. Pracodawca zgłasza ofertę pracy do jednego powiatowego urzędu pracy, właściwego ze względu na siedzibę pracodawcy albo miejsce wykonywania pracy albo innego wybranego przez siebie urzędu.
3. Pracodawca zgłaszając ofertę pracy do powiatowego urzędu pracy może nie wyrazić zgody na podawanie do wiadomości publicznej informacji umożliwiających jego identyfikację przez osoby niezarejestrowane w powiatowym urzędzie pracy.
4. W przypadku zamieszczenia ofert pracy zawierających jak i nie zawierających dane umożliwiające identyfikację pracodawcy, powiatowy urząd pracy ma obowiązek wydać skierowanie do pracodawcy osobie bezrobotnej lub poszukującej pracy, jeśli oferta spełnia kryterium ustawowe "odpowiedniej pracy".
5. W przypadku braku osób zarejestrowanych, spełniających wymagania określone w ofercie pracodawca ma możliwość; zmiany wymagań określonych w ofercie samodzielnie albo we współpracy z doradcą zawodowym lub przekazania oferty pracy do realizacji do innych powiatowych urzędów pracy,
6. Pracodawca może skorzystać z pomocy doradcy zawodowego i specjalisty ds. rozwoju zawodowego PUP w zakresie doboru kandydatów do pracy w ramach zgłoszonej oferty pracy lub ich przeszkolenia.
7. Zadania w zakresie upowszechniania oferty pracy, kontaktów z pracodawcą i osobami zarejestrowanymi oraz kierowanie zarejestrowanych do pracodawcy realizuje powiatowy urząd pracy, który przyjął ofertę pracy od pracodawcy.
8. 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, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie lub orientację seksualną /art. 36 ust. 5e ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy/.
9. Powiatowy urząd pracy **może nie przyjąć** oferty pracy, w szczególności jeżeli pracodawca w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy został ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy /art. 36 ust. 5 f ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy/.

 ***Pracodawcy proszeni są o odnotowanie wyniku kontaktu z kandydatem do pracy na druku skierowania wystawionym przez PUP oraz niezwłoczne poinformowanie urzędu w przypadku przyjęcia do pracy ustalonej liczby osób lub utraty aktualności oferty przed uzgodnionym okresem.***

data, podpis i pieczęć pracodawcy

 **CZĘŚĆ B – WYPEŁNIA URZĄD PRACY:**

|  |
| --- |
| **V. Weryfikacja oferty pracy:**  |
| 2929. Oferta pracy zawiera wszystkie „dane wymagane” i jest zgodna z przepisami prawa? ⁪🞎 TAK ⁪🞎 NIE |
| 30. Pracodawca został wezwany do uzupełnienia danych 🞎 TAK, w dniu …….……………….. 🞎 NIEZ uwagi na brak w zgłoszeniu…………………………………… Pracodawca uzupełnił dane w dniu 🞎 TAK 🞎 NIE |
| 30. Oferta przyjęta do realizacji 🞎 TAK 🞎 NIE31. Odmowa przyjęcia oferty pracy z powodu:…………………………………………………………………… |  32.  . …………………………………………….. Podpis i pieczęć pracownika  przyjmującego i weryfikującego ofertę |
| VI. Adnotacje Urzędu Pracy |
| 33. Numer pracodawcy⁪⁪⁪⁪⁪⁪⁪⁪34. Data przyjęcia oferty do realizacji ⁪⁪-⁪⁪-⁪⁪⁪⁪ | 35. Numer zgłoszenia ofertyOfPr/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪36. Numer pracownika PUP⁪⁪⁪ | 37. Sposób zgłoszenia oferty⁪pisemnie - osobiście ⁪drogą elektroniczną⁪ inna forma………….….. | 38. Sposób realizacji oferty ustalony z pracodawcą(skierowania, giełda pracy, inne)…………………………… |
| 39. Data upowszechnienia oferty pracy ⁪⁪-⁪⁪-⁪⁪⁪⁪ 39. Data wycofania of. pr. ⁪⁪-⁪⁪-⁪⁪⁪⁪ 40. Powód wycofania oferty ……………………………… |
| **VI. Ustalenia z pracodawcą w trakcie realizacji oferty** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **VII. Realizacja krajowej oferty pracy** |
|  Lp. | Data wydania skierowania | Numer bezrobotnego | Imię i nazwisko osoby kierowanej | Odmowa przyjęcia skierowania do pracy | Wynik skierowania |
| Zatrudniony | Nie zatrudniony | Powód niezatrudnienia |
| uzasadniona | nieuzasadniona |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |