



Załącznik nr 1

.....  
(data wpływu)

.....  
(numer rej. wniosku)

**AKADEMIA PRZEDSIĘBIORCZOŚCI SP Z.O.O.  
W KIELCACH**

.....  
(miejscowość i data)

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ WYPOSAŻENIA/DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

w ramach REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO

NA LATA 2014-2020

**Poddziałanie 10.02.01** Wsparcie aktywności zawodowej osób powyżej 29 roku życia pozostających bez zatrudnienia

**UWAGA:**

Każdy punkt wniosku należy wypełnić w sposób czytelny. W przypadku, gdy dana pozycja we wniosku nie dotyczy pracodawcy, należy wpisać słowa **„nie dotyczy”** lub wstawić kreskę „-”. Niedopuszczalne jest jakiegokolwiek modyfikowanie i usuwanie elementów wniosku.

**I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:**

*Nazwa firmy lub imię i nazwisko, adres siedziby lub miejsca zamieszkania pracodawcy, telefon, fax, e-mail (zgodnie z wpisem w CEIDG, KRS lub innymi dokumentami rejestrowymi):*

.....  
.....  
Telefon/Faks: .....

E- mail: .....

Miejsce prowadzenia działalności pracodawcy:

.....  
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres siedziby): .....

Data rozpoczęcia prowadzenia działalności: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r.

(dzień-miesiąc-rok)

Institucja Pośrednicząca:



WOJEWÓDZKI  
URZĄD PRACY  
W KIELCACH

Realizator projektu:



Akademia  
Przedsiębiorczości  
spółka z o.o.

Tytuł projektu: „AKTYWIZACJA SZANSĄ NA SUKCES”  
Nr umowy: RPSW.10.02.01-26-0042/20-00

NIP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

REGON:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL (w przypadku osoby fizycznej):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imiona i nazwiska oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do reprezentowania pracodawcy (zgodnie z dokumentem rejestrowym) .....

Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD):

-Kod PKD (przeważający rodzaj działalności):

--	--	--	--	--	--

-Kod PKD (działalności, w związku z którą pracodawca ubiega się o refundację):

--	--	--	--	--	--

Forma prawna prowadzonej działalności: .....

Forma rozliczenia się z Urzędem Skarbowym: .....

Informacja o zatrudnieniu w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku:

Rok/miesiąc							
Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełne etaty							

Poziom zatrudnienia na dzień złożenia wniosku o refundację w przeliczeniu na pełne etaty wynosi: .....

## II. Informacje dotyczące wyposażenia/doposażenia stanowiska pracy:

Miejsce wykonywania pracy przez skierowanego uczestnika projektu „AKTYWIZACJA SZANSĄ NA SUKCES”

(Adres):.....  
.....

Kwota wnioskowanej refundacji: ..... zł, słownie (.....  
.....) wkład własny ..... zł,  
słownie (.....)

Informacja o liczbie wyposażonych lub doposażonych stanowisk pracy dla uczestnika/uczestników projektu łącznie wynosi: .....

Informacja o wymiarze czasu pracy zatrudnionego/zatrudnianych skierowanego/skierowanych **uczestnika/uczestników** projektu: .....

Informacja o wymaganych kwalifikacjach, umiejętnościach i doświadczeniu zawodowym niezbędnym do wykonywania pracy na refundowanym stanowisku oraz inne wymagania niezbędne do pracy jakie powinien posiadać skierowany uczestnik projektu.

L.p.	Nazwa stanowiska	Nazwa zawodu (zgodna z klasyfikatorem zawodów -kod zawodu *)	Poziom i kierunek wykształcenia	Wymagane kwalifikacje, umiejętności, predyspozycje, doświadczenie zawodowe i inne wymagania niezbędne do wykonywania pracy
1.	2.	3.	4.	5.

\*klasyfikacja zawodów: <http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci>

Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji (**właściwe zaznaczyć „X”**):

- weksel z poręczeniem wekslowym (aval),
- akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika,

Prawo do lokalu/placu dotyczące miejsca wykonywania pracy przez skierowanego uczestnika projektu:

**Tytuł prawny** ..... **liczba pomieszczeń** .....  
**powierzchnia w m<sup>2</sup>** .....

**Informacja o obecnej i przewidywanej sytuacji finansowej pracodawcy:**

a) zysk netto za ostatnie 12 m-cy .....

(w przypadku krótszego niż 12 m-cy okresu prowadzenia działalności, podać dane za okres jej prowadzenia)

b) wobec Pracodawcy prowadzone jest:

- postępowanie likwidacyjne, restrukturyzacyjne lub upadłościowe – **TAK/NIE \***
- postępowanie egzekucyjne – **TAK/NIE \***

Jeżeli **TAK**:

- wysokość zadłużenia ..... organ prowadzący egzekucje .....

c) Pracodawca znajduje się w sytuacji ekonomicznej i organizacyjnej umożliwiającej prowadzenie działalności gospodarczej przez okres min. 24 m-cy od daty złożenia wniosku - **TAK/NIE\***

Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 KK\* oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są prawdziwe.

\*„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 od 6 miesięcy do lat 8.”

Jest mi wiadome, iż zgodnie z przepisami kodeksu postępowania karnego art. 304 § 2 „Instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swoją działalnością dowiedzą się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu są zobowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub Policję oraz przedsięwziąć niezbędne czynności do czasu przybycia organu powołanego do ścigania przestępstw lub do czasu wydania przez ten organ stosownego zarządzenia, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów przestępstwa” a zatem jeżeli złożone we wniosku i załącznikach informacje i oświadczenia są nieprawdziwe Akademia Przedsiębiorczości sp. z o.o. dokona zgłoszenia, o którym mowa powyżej.

.....  
(czytelny podpis i pieczęć osoby uprawnionej)

---

\*zakreślić właściwą odpowiedź

#### **Załączniki:**

- szczegółowa specyfikacja wydatków oraz źródła ich finansowania (WRAZ Z UZASADNIENIEM) w ramach wnioskowanej refundacji, która stanowi załącznik nr 2 do regulaminu projektu „AKTYWIZACJA SZANSĄ NA SUKCES” dla pracodawców na refundację wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy,
- opis przedsięwzięcia oraz zadania zawodowe jakie będą wykonywane na wnioskowanym stanowisku pracy, który stanowi załącznik nr 3 do regulaminu projektu „AKTYWIZACJA SZANSĄ NA SUKCES” dla pracodawców na refundację wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy,
- oświadczenie, które stanowi załącznik nr 4 do regulaminu projektu „AKTYWIZACJA SZANSĄ NA SUKCES” dla pracodawców na refundację wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy,
- oświadczenie pracodawcy o otrzymanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis, które stanowi załącznik nr 5 do regulaminu projektu „AKTYWIZACJA SZANSĄ NA SUKCES” dla pracodawców na refundację wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy wraz z kopiami zaświadczeń o pomocy de minimis,
- oświadczenie pracodawcy o dokonaniu wydatków na zakupy określone w szczegółowej specyfikacji od osób niewskazanych w art. 14 ust. 3 pkt. 1 Ustawy o podatku od spadków i darowizn z 28 lipca 1983 r.(t.j.: Dz. U. z 2018 r., poz. 644), które stanowi załącznik nr 6 do regulaminu projektu „AKTYWIZACJA SZANSĄ NA SUKCES” dla pracodawców na refundację wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy,
- klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych, która stanowi załącznik nr 7 do regulaminu projektu „AKTYWIZACJA SZANSĄ NA SUKCES” dla pracodawców na refundację wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy,
- formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, który stanowi załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz.U. z 2014, poz. 1543).- dostępny w AP lub na stronie [www.ap.org.pl](http://www.ap.org.pl)
- W przypadku Podmiotu działającego na podstawie wpisu do KRS, gdy adres miejsca wykonywania pracy przez uczestnika projektu nie jest zgodny z adresem wskazanym w KRS, należy dołączyć dokument potwierdzający prawo do lokalu.

**OSOBY PROPONOWANE PRZEZ PRACODAWCĘ DO SKIEROWANIA na refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy:**

<b>LP.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Spełnione kryteria projektu przez kandydata</b> <i>(50+, dług. bezrobotny, niskie wykształcenie, niepełnosprawność, kobieta, os. Sprawująca opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia, os. która utraciła pracę w skutek pandemii COVID-19 )</i>
1.		
2.		

**WYPEŁNIA AKADEMIA PRZEDSIĘBIORCZOŚCI:**

**Informacja dotycząca możliwości skierowania kandydata (uczestnika projektu):**

**pozytywna** .....

**negatywna** .....