



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



Województwo  
Kujawsko-Pomorskie

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



**WNIOSEK O PRYZNANIE REFUNDACJI KOSZTÓW  
DOPOSAŻENIA LUB WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY  
w ramach projektu pn. *Od Aktywizacji do Zatrudnienia***

Doposażenie lub wyposażenie stanowiska pracy ma na celu stworzenie stanowiska pracy dla Uczestnika Projektu pn. *Od Aktywizacji do Zatrudnienia*. Zaplanowane koszty doposażenia lub wyposażenia stanowiska pracy muszą być bezpośrednio związane z nowoutworzonym stanowiskiem pracy, na którym zostanie zaangażowany Uczestnik Projektu.

Wsparcie w postaci doposażenia lub wyposażenia stanowiska pracy w ramach projektu realizowane jest na podstawie rozporządzenia Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 2 lipca 2015 r. w sprawie udzielania pomocy de minimis oraz pomocy publicznej w ramach programów operacyjnych finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020, wydanego na podstawie art. 27 ust. 4 Ustawy wdrożeniowej.

|                                          |  |
|------------------------------------------|--|
| <b>Nr wniosku</b>                        |  |
| <b>Data wpływu</b>                       |  |
| <b>Podpis osoby przyjmującej wniosek</b> |  |

Wniosek należy wypełnić w sposób czytelny, wpisując treść w każdym do tego wyznaczonym punkcie wniosku. Wszelkie poprawki należy dokonywać poprzez skreślenie, zaparafowanie i podanie daty dokonania zmiany.

Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku.

Złożony wniosek nie podlega zwrotowi.

|                                                                                                                         |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Nazwa wnioskodawcy (przedsiębiorca)</b>                                                                              |  |
| <b>Adres wnioskodawcy ( miejscowość z kodem pocztowym, ulica nr, nr telefonu)</b>                                       |  |
| <b>Dane osób upoważnionych do reprezentowania wnioskodawcy( imię i nazwisko oraz zajmowane stanowisko, nr telefonu)</b> |  |
| <b>Miejsce prowadzenia działalności</b>                                                                                 |  |
| <b>NIP</b>                                                                                                              |  |
| <b>PKD</b>                                                                                                              |  |
| <b>REGON</b>                                                                                                            |  |
| <b>Data rozpoczęcia działalności gospodarczej</b>                                                                       |  |
| <b>Krótki opis prowadzonej działalności</b>                                                                             |  |

|                                 |                                                                    |                                                                     |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Podatnik VAT</b>             | <input type="checkbox"/> TAK                                       | <input type="checkbox"/> NIE                                        |
| <b>Kategoria przedsiębiorcy</b> | <input type="checkbox"/> mikro<br><input type="checkbox"/> średnie | <input type="checkbox"/> małe<br><input type="checkbox"/> pozostałe |

**Mikroprzedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 mln EUR,

**Małe przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 mln EUR,

**Średnie przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 mln EUR a/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 mln EUR,

| Nazwa stanowiska pracy: | Liczba stanowisk pracy | Wymagania stawiane Uczestnikom Projektu |                                                                                                                                                      |
|-------------------------|------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         |                        | wykształcenie                           | dotatkowe kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinien posiadać skierowany Uczestnik Projektu: |
|                         |                        |                                         |                                                                                                                                                      |

|                                                                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Adres miejsca, w którym będzie doposażone lub wyposażone stanowisko pracy (miejscowość z kodem pocztowym, ulica nr)</b> |  |
| <b>Proponowane warunki pracy (wymiar czasu pracy, zmianowość, godziny pracy)</b>                                           |  |
| <b>Przewidywany termin zatrudnienia</b>                                                                                    |  |

Kalkulacja wraz ze specyfikacją planowanych 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  
(ODDZIELNIE NA KAŻDE STANOWISKO)

.....  
(nazwa stanowiska)

| L.P.                                                                                  | Wyszczególnienie zakupów | Opis zakupów | Koszt [brutto<br>PLN] | Koszt [netto<br>PLN] | Vat |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|-----------------------|----------------------|-----|
|                                                                                       |                          |              |                       |                      |     |
|                                                                                       |                          |              |                       |                      |     |
|                                                                                       |                          |              |                       |                      |     |
|                                                                                       |                          |              |                       |                      |     |
|                                                                                       |                          |              |                       |                      |     |
|                                                                                       |                          |              |                       |                      |     |
|                                                                                       |                          |              |                       |                      |     |
|                                                                                       |                          |              |                       |                      |     |
|                                                                                       |                          |              |                       |                      |     |
|                                                                                       |                          |              |                       |                      |     |
| <b>SUMA</b>                                                                           |                          |              |                       |                      |     |
| <b>Kwota wnioskowana</b><br>bez względu na status podatkowy należy wpisać kwotę netto |                          |              |                       |                      |     |

Przyznanie i wypłata refundacji wydatków poniesionych na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy dla skierowanego Uczestnika projektu **BĘDZIE DOKONANA zgodnie z zapisami Regulaminu doposażenia lub wyposażenia stanowiska pracy w projekcie pn.: Od Aktywizacji do Zatrudnienia.**

Zabezpieczenie przyznanej refundacji na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy dla skierowanego Uczestnika projektu zostało określone w **Regulaminie doposażenia lub wyposażenia stanowiska pracy w projekcie pn.: „ Od Aktywizacji do Zatrudnienia”.**

**Po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku, realizator projektu proponuje formę zabezpieczenia przyznanej refundacji.**

Składając niniejszy wniosek oświadczam, że:

1. Mam świadomość, że wsparcie w postaci doposażenia stanowiska pracy udzielane jest na podstawie rozporządzenia Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 2 lipca 2015 r. w sprawie udzielania *pomocy de minimis* oraz pomocy publicznej w ramach programów operacyjnych finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020, wydanego na podstawie art. 27 ust. 4 Ustawy wdrożeniowej. Wsparcie w postaci doposażenia stanowiska pracy przyznawane jest wyłącznie na zasadach *pomocy de minimis*.
2. Całkowita kwota pomocy *de minimis* przyznanej mi przez państwo członkowskie nie przekroczyła 200 000 EUR w okresie w okresie bieżącego roku podatkowego i dwóch poprzednich lat podatkowych.
3. Całkowita kwota pomocy *de minimis* przyznanej mi przez państwo członkowskie nie przekroczyła 100 000 EUR w okresie bieżącego roku podatkowego i dwóch poprzednich lat podatkowych (jeśli dotyczy – w przypadku prowadzenia działalności zarobkowej w zakresie drogowego transportu towarów).
4. Nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
5. Prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 roku poz. 646).
6. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłatą w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych i innych danin publicznych.
7. Nie byłem w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku skazany za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.
8. Firma nie znajduje się w trudnej sytuacji ekonomicznej, w rozumieniu Komunikatu Komisji – Wytyczne wspólnotowe dotyczące pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE C 244 z 01.10.2004r., str.2).
9. Nie podlegam obowiązkowi zwrotu pomocy publicznej wynikającemu z wcześniejszej decyzji Komisji (WE) uznającej pomoc za niezgodną z prawem we wspólnym rynku.
10. Zapoznałem się z warunkami Regulaminu doposażenia lub wyposażenia stanowiska pracy w projekcie pn.: „Od Aktywizacji do Zatrudnienia”.
11. Wszelkie podane informacje we wniosku o udzielenie doposażenia oraz załącznikach odpowiadają prawdzie.

.....  
Data

.....  
pieczęć i podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania Podmiotu

**Załączniki:**

1. Oświadczenie o otrzymanej pomocy *de minimis*
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*
3. Dokument poświadczający formę prawną firmy (CEIDG/KRS/Umowa spółki cywilnej - w przypadku przedsiębiorców działających w formie spółki cywilnej).

Załącznik nr 1 do wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia lub wyposażenia stanowiska pracy w ramach projektu pn.: "Od Aktywizacji do Zatrudnienia"



Województwo  
Kujawsko-Pomorskie

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



.....  
(nazwa i adres podmiotu )

.....  
(miejsce i data)

### Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis

Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go dwa lata kalendarzowe **otrzymałem(am)/nie otrzymałem(am)\*** środków stanowiących pomoc de minimis

w wysokości .....

Ja, niżej podpisany oświadczam, że jestem świadomy/ma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....  
pieczęć i podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania Podmiotu

\* Niepotrzebne skreślić