***Załącznik nr 3h -* Wniosek Pracodawcy dotyczący refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy (wzór).**

*pieczęć Pracodawcy miejscowość, data*

**Wniosek o zwrot kosztów poniesionych na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy w projekcie „Aktywni społecznie i zawodowo”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pracodawca:** |  |
| **Nr umowy:** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **rodzaj zakupu** | **opis wydatku, parametry, liczba sztuk** | kwota ogółem (netto PLN) | finansowanie w ramach: | |
| **projektu** | środków własnych |
| **Stanowisko:** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Suma zakupów dla stanowiska:** | | | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ogółem do refundacji kwota zł:** |  |
| **Środki finansowe prosimy przekazać na konto bankowe nr:** |  |

Powyższą specyfikację przedstawiono celem refundacji części lub całości kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy związanych z zatrudnieniem pracowników w ramach Projektu „Aktywni społecznie i zawodowo” RPO WD 2014-2020 Działanie 9.1.1

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionej/ych   
do reprezentacji Pracodawcy)*

Jednocześnie oświadczam, iż Pracodawca:

1) nie zmniejszył wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązał stosunku pracy z pracownikiem   
w drodze wypowiedzenia 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;

2) prowadzi aktywność gospodarczą, w tym regularną działalność gospodarczą w rozumieniu art. 1 załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 roku uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.6.2014r.), przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzający dzień złożenia wniosku, (do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej);

3) nie zalega w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;

4) nie zalega w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;

5) nie posiada w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;

6) nie był skazany za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu w okresie dwóch lat przed dniem złożenia wniosku.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionej/ych   
do reprezentacji Pracodawcy)*

Do wniosku o refundację Pracodawca załącza:

1. kserokopię faktur lub rachunków wystawionych przez podmioty gospodarcze.
2. kserokopię dokumentów potwierdzających dokonanie płatności (wyciąg z rachunku bankowego, potwierdzenie dokonania transakcji)
3. zdjęcia zakupionego sprzętu
4. zaświadczenie o niezaleganiu wobec Urzędu Skarbowego
5. zaświadczenie o niezaleganiu wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionej/ych   
do reprezentacji Pracodawcy)*

**Wypełnia Realizator Projektu:**

Wniosek o zwrot kosztów poniesionych na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy w projekcie „Aktywni społecznie i zawodowo” dotyczący umowy nr …………….zostaje rekomendowany do jednorazowej wypłaty.

|  |  |
| --- | --- |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| *(pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionej/ych  do reprezentacji Realizatora projektu)* | *(miejscowość, data)* |